FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1950

THÈSE

N° 115

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Philippe CRIVELLI

Né le 14 Juin 1920, à MELBOURNE (Australie)

Présentée et soutenue publiquement le 12 Février 1948

LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE EN MILIEU RURAL

Président : M. JOANNON, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1950

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1950

THÈSE

N° .....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Philippe CRIVELLI

Né le 14 Juin 1920, à MELBOURNE (Australie)

Présentée et soutenue publiquement le 12 Février 1948

LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE EN MILIEU RURAL

Président : M. JOANNON, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1950

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin,

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Brindeau, E. Brumpt, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillain, Hartmann, Heitz-Boyer, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mulon, Ombrédanne, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

Doyen ..... Léon BINET.
Membre de l'Institut.

Assesseur ..... Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS :

	MM.
Anatomie	Olivier.
Anatomie pathologique	Leroux.
Assistance médico-sociale	N...
Bactériologie	Gastinel.
Biologie médicale	Verne.
Chimie médicale	Polonovski.
Clinique de cardiologie	Donzelot.
Cliniques chirurgicales	Brocq. Cadenat. Mondor. Quénu.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	N...
Clinique chirurgicale orthopédique	Merle d'Aubigné.
Clinique gynécologique	Mocquot.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Gougerot.
Clinique des maladies des enfants	Debré.
Clinique des maladies infectieuses	Mollaret.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	Delay.
Clinique des maladies du sang	Chevallier.
Clinique des maladies du système nerveux	Alajouanine.
Cliniques médicales	Bénard (H.). Laroche (Guy). Harvier. Lian.
Clinique médicale propédeutique	P. Vallery-Radot.
Clinique de Neuro-chirurgie	Petit-Dutaillis.
Cliniques obstétricales	Lantuéjoul. Lévy-Solal.
Clinique ophtalmologique	Portes.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Velter.
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	Lemaitre.
Clinique psychiatrique infantile	Richet.
Clinique de puériculture	Heuyer.
Clinique stomatologique	Lelong.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Dechaume.
Clinique thérapeutique médicale	Sénèque.
Clinique de la Tuberculose	Chabrol.
	Bernard (Et.).

	MM.
Clinique urologique	Fey.
Embryologie	Giroud.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Bariéty.
Histologie	Champy.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Justin-Besançon.
Hygiène et clinique de la première enfance	Cathala.
Hygiène et médecine préventive	Joannon.
Médecine du travail	Désoille.
Médecine légale	Piédelièvre.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Galliard.
Pathologie chirurgicale	de Gaudart d'Allaines.
Pathologie exotique	Lavier.
Pathologie expérimentale et comparée	Lemaire.
Pathologie médicale	Moreau.
Pathologie et thérapeutique générales	de Gennes.
Pharmacologie et matière médicale	Hazard.
Physiologie	Binet (Léon).
Physique médicale	Strohl.
Radiologie médicale	Desgrez (Henri).
Rhumatologie	Coste.
Technique chirurgicale	Moulonguet.
Thérapeutique	Turpin.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

Bulliard (*Histologie*), Cordier (*Anatomie*), Dognon (*Physique médicale*), Halphen (*O. R. L.*), Jayle M. (*Chimie médicale*), Mlle J. Lévy (*Pharmacologie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie	N...
	Delmas.
	N... ff Debeyre.
Anatomie pathologique	Delarue.
	Mlle Gauthier-Villars.
Bactériologie	Bonnet.
	Fasquelle.
Biochimie médicale	Ettori.
	Schapira.
Dermato-Syphiligraphie	Degos.
Histologie	Coujard.
	Desclaux.
Hydrologie	Debray.
	Boyer.
Hygiène	Deparis.
Médecine légale	Dérobert.
Neurochirurgie.	Puech.
Neurologie	de Sèze.
Obstétrique	Digonnet.
	Mayer.
	Sureau.
	Varangot.
Ophtalmologie	Offret.
Oto-rhino-laryng.	Aubin.
Parasitologie	Brumpt, L. C.
Pathologie chirurgicale	Fèvre.
	Hugier.
	Léger.

	MM.
Pathologie chirurgicale	Padovani.
	Patel.
	Roux.
	Rudler.
	Sicard.
Pathologie expér.	N.
Pathologie médicale	Merklen.
	Brouet.
	Cachera.
	Decourt.
	Dreyfus (Gilbert).
	Fauvert.
	Garcin.
	Hamburger.
	Kourilsky.
	Lamy.
	Lenègre.
	Marchal.
	Mauric.
	Soulié.
Pédiatrie	Laplane.
	Marie (Julien).
Pharmacologie	Cheymol.
	Bargeton.
Physiologie	Parrot.
Physique médic.	Djourno.
Psychiatrie	Baruk.
Thérapeutique Agr. ch. d'ens.	Brouet.
Urologie	Couvelaire, R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens :

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*) HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*) GATELIER (*Clinique chirurgicale*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent :

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE. FUNCK-BRENTANO. MÉNEGAUX.	Clinique médicale	HAGUENAU. MOUQUIN.
		Clinique obstétricale	ECALLE. LACOMME.
Clinique médicale	BOULIN.	Clinique ophtalmologique	RENARD.

Secrétaire de la Faculté ..... J. MOREL.
Secrétaire adjoint ..... Mlle CHAINTREUIL.

Bibliothécaire en Chef ..... Docteur A. HAHN.
Bibliothécaires ..... Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A CEUX DE MES PARENTS ET PROCHES
QUI M'ONT PRECEDE DANS LA CARRIERE MEDICALE :

Docteur Marcel CRIVELLI

Officier de la Légion d'honneur
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Docteur Louis CRIVELLI

Chevalier de la Légion d'honneur
Croix de Guerre 1914-18
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Melbourne.

Docteur Henri RAYMONDAUD

Chevalier de la Légion d'honneur
Croix de Guerre 1914-18
Médecin principal de la Société Nationale
des Chemins de fer français (région Nord)

Docteur Michel RAYMONDAUD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

A Monsieur le Professeur JOANNON

Professeur d'Hygiène et de Médecine préventive

Dont l'enseignement enthousiaste m'a décidé à lui demander de me faire l'honneur de présider cette thèse.

A Messieurs les Professeurs Agrégés DEPARIS et LACOMME

Qui m'ont si utilement guidé pendant la rédaction de cette thèse.

Au Docteur CARLOTTI

Qui a eu la bienveillance de me fournir des documents précieux.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543514_0062

LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE EN MILIEU RURAL

PREAMBULE

HISTORIQUE

Les esprits d'aujourd'hui, déformés par une instruction trop exclusivement dirigée vers la technique spécialisée pour laquelle la vraie culture, même scientifique, paraît superflue, ces esprits ont une tendance croissante à admettre qu'il n'y a de progrès qui ne date d'hier, pour ne pas dire de ce matin. Or, s'il existe un début à tout, — et déjà Aristote se lamentait de ce qu'il lui avait été impossible de faire plus que le premier pas, tout petit, faute d'avoir eu des prédécesseurs, — ce début peut fort bien être très éloigné de nous dans le passé. C'est le cas précisément de la Protection Maternelle et Infantile que trop volontairement on fait naître en 1874, oubliant la longue période de gestation qui précède cette date. Certes, la loi Roussel qui parut alors fut un progrès important, primordial, mais elle avait été préparée par un lent mûrissement dont je vais brièvement retracer les étapes.

Si l'on fouille l'Antiquité, on constate que les Egyptiens protégeaient déjà mères et enfants, bien peu, je le concède ; cependant, le fait avait d'autant plus d'importance qu'il était isolé ; il suffit de relire Homère pour être éclairé sur les usages des autres peuples, spécialement des Grecs.

En réalité, il faut remonter jusqu'au Christ pour découvrir des faits précis. Dès les débuts de la religion nouvelle, les chefs de famille renoncèrent au droit de vie et de mort sur leur progéniture ; l'avortement fut considéré comme un crime et puni en conséquence. Tandis que l'Empereur Constantin publiait des édits augmentant les mesures de protection, les païens, eux aussi, commençaient à s'intéresser à la question. Sans suivre

la chronologie, nous voyons Lucrèce donner quelques vagues conseils aux futurs parents dans son traité « *De Natura Rerum* ». Tacite, s'opposant en cela à Sénèque, tenta de restreindre l'exposition des nouveau-nés difformes ou débiles, ceux qui devaient apparemment amoindrir la race. Le lamentable Néron lui-même, imité plus tard par Trajan, tenta de protéger l'enfance abandonnée. Aulu Gelle, dont je cite un passage extrait par M. Lahille d'un ouvrage de Pierre Charron, sur lequel je reviendrai, Aulu-Gelle n'admettait d'autre mode d'alimentation du nourrisson que le sein maternel, prouvant par là que l'élevage artificiel, ou du moins mercenaire, était déjà à l'honneur :

« ... Est-il rien de plus contraire à la nature qu'une mère, après avoir donné le jour à un être qui faisait partie d'elle-même, le rejette aussitôt loin d'elle ? Elle a nourri dans son sein un je ne sais quoi, qu'elle ne pouvait ni connaître, ni voir, et elle ne le nourrit pas de son lait lorsqu'elle le voit vivant, déjà homme, implorant ses secours !... ».

Plutarque, à son tour, s'attacha à la question, puisqu'il est l'auteur d'un ouvrage intitulé : « *Comment il faut nourrir les enfants* »... Les idées de Rabelais sont trop connues pour qu'on s'y attarde, tandis qu'en 1584 Scévolle de Sainte-Marthe publiait un poème latin, la « Pédotrophie », où il se fit défenseur chaleureux de l'allaitement par la mère.

On arrive ensuite à Pierre Charron, avocat, puis prêtre, et auteur d'un volumineux « *Traité de la Sagesse* », où il recommande de mettre tout en œuvre pour avoir de beaux enfants — notons en passant que son père avait donné l'exemple puisqu'il en eut quatre d'un premier lit et vingt-et-un du second ! — Ce traité, paru en 1601, contient des passages significatifs que je citerai tels que les reproduit M. Lahille dans un article des *Annales d'Hygiène Publique*. C'est ainsi qu'au chapitre XIV du livre III, où il est question du « Devoir des parents et enfants », on lit :

«... Or cet office a quatre parties successives, selon les quatre biens que l'enfant doit recevoir successivement de ses parents : la vie, la nourriture, l'instruction, la communication... La première, qui regarde la génération et portée au ventre, n'est pas estimée et observée avec telle diligence qu'elle doibt, combien qu'elle aye autant ou plus de part au bien et mal des enfans,

tant de leur corps que de leurs esprits, que l'éducation et instruction après qu'ils sont nays et grandelets. C'est elle qui donne la subsistance, la trempe, le tempérament, le naturel ; l'autre est artificielle et acquise, et s'il se commet faulte en cette première partie, la seconde ny la troisième ne la réparera pas... Nos hommes vont à l'estourdie à cet accouplage, poussés par la seule volupté et envie de se descharger de ce qui chatouille et les presse, comme bestes ; s'il en devient conception, c'est rencontre, c'est cas fortuit, personne n'y va d'aguet et avec telle délibération et disposition précédente comme il faut et que nature requiert...».

La portée d'un passage semblable se passe de commentaires, mais Charron ajoute, ou plutôt commence par cela, puisqu'il dit dans sa préface :

« ... l'on ne croit pas combien ce commencement est puissant et important, car si on le savait, l'on y apporterait autre soin et diligence que l'on ne fait. C'est chose étrange et déplorable qu'une telle nonchalance de la vie et bonne vie de ceux que nous voulons être d'autres nous-mêmes... qui est celuy qui se remue, qui consulte, qui se met en debvoir de faire ce qui est requis, de se garder et préparer comme il faut... c'est une des plus remarquables et importantes faultes qui soient en une république, dont personne ne s'advise et ne se plainct, et n'y a aucune loy, règlement ou advis public là-dessus... ».

Suivent huit conseils aux parents, précis, justes et savoureux. Enfin, l'auteur suggère de cesser les rapports pendant les huit jours qui précèdent et les huit jours qui suivent les mentrues, ceci trois siècles avant qu'Ogino et Knaus eussent formulé leur loi célèbre.

Il est à remarquer que Charron était contemporain et ami de Montaigne, dont il est superflu de rapporter ici les enseignements.

Après eux, on trouve un autre prêtre, l'abbé Quillet, également auteur d'un poème latin, traitant de l'enfance : la « *Callipédie* » où se retrouvent tous les conseils de Charron et d'autres, personnels, encore valables aujourd'hui, sur la manière d'habiller le nouveau-né par exemple. Cependant, pour éviter les marmots mal faits, Quillet va plus loin que son devancier puisqu'il laisse entendre qu'il est partisan de la castration :

« ... Pour moi, je suis d'advis qu'on n'unisse par le marriage

que des époux vigoureux, et qu'on exclue de ses plaisirs ceux que tourmentent la goutte, l'épilepsie, la folie, la bile noire, source de la mélancolie... ».

Mais le premier qui ait pris des mesures vraiment effectives, l'ancêtre de nos maternités modernes, fut Saint-Vincent de Paul. Soutenu par les rois Louis XIII et Louis XIV, il fonda les premières « *Maisons de la Couche* » qui rendirent immédiatement de grands services ; malheureusement, la science d'alors ne pouvait permettre qu'on tirât tout le profit possible de ces asiles qui, comme les pouponnières qui suivirent, restaient des foyers de mort (à la Maternité de Paris, dont on possède les dossiers depuis 1814, la mortalité moyenne des femmes en couches était encore, en 1868 ou 1869, de 30 %), si bien qu'après Saint-Vincent, on ne put rien faire de particulier. On verra seulement Buffon défendre — si peu — l'allaitement maternel ; puis le Docteur Desessarts, en 1760, fit paraître un « *Traité de l'éducation corporelle des enfants en bas âge* » et enfin parut l' « *Emile* » de J.-J. Rousseau.

Bien entendu, il y eut de nombreux autres auteurs que ceux-là, et je pourrai citer par exemple tel « *Traité des Accouchemens* », dans lequel sont traitées les maladies des « Femmes grosses et accouchées, et celles des petits enfants », par M. Deleurye, paru en 1770, à l'usage des étudiants, où, à côté de conseils extravagants, on en trouve d'autres qui relèvent de la plus saine logique et sont encore recommandés par les maîtres les plus éminents. Mais dans tout cela il n'apparaît rien de nouveau ; on se borne à répandre d'une façon « statique » les enseignements de la science acquise.

Vint alors la période lugubre de la Révolution. La Convention prit quelques mesures timides en faveur de l'enfance ; l'Empire aussi, directement intéressé qu'il était à avoir des soldats nombreux et vigoureux, alors que déjà la France voyait diminuer sa natalité. Mais on peut dire que la Protection Maternelle et Infantile, comme les autres sciences, ne partit d'un véritable élan qu'à la fin du XIX^e^ siècle, qui vit une éclosion d'œuvres privées, de lois nouvelles, d'études rationnelles des moyens de lutte médicaux et économiques, au détriment, il faut bien le reconnaître, du troisième élément de la personne humaine, l'esprit.

C'est à partir de cette époque que paraissent :

— la loi Roussel en 1874,

— les consultations de nourrissons de Budin en 1892,

— les Gouttes de lait de Dufour en 1894,

— le Placement familial de Grancher en 1903,

etc., etc... pour aboutir au Code de la Famille, en 1939, perfectionné depuis.

On se félicitera de voir que c'est la France qui, là comme ailleurs, fut la première à se lancer dans cette voie nouvelle ; mais hélas, là comme ailleurs aussi, elle s'est laissée distancer au point qu'elle est désormais, de tous, le pays qui a le plus besoin de ses propres inventions, lesquelles lui reviennent de l'étranger...

De cet aperçu historique, aussi bref qu'incomplet, on peut conclure que la Protection Maternelle et Infantile, si elle ne date pas d'hier, ne sera pas non plus complètement achevée demain. C'est un sujet énorme, englobant trop de facteurs divers et contradictoires, en fait l'Hygiène tout entière, puisqu'il s'agit pour les enfants de demain que les parents actuels et futurs soient sains de corps *et d'esprit*, ce qui n'est possible que si le monde où ils vivent est rendu sain, qu'on s'occupe donc de l'eau, des cultures, du bétail... et peut-être est-ce un bienfait pour lui que notre pays ait vu ses vieilles routines bouleversées par les événements de ces dernières années. La Providence a des voies mystérieuses pour arriver à son but, que nous suivons sans nous en rendre compte, et si Dieu nous a repris tout, c'est peut-être parce que nous n'avons pas montré que nous savions nous en servir. On peut espérer aussi que c'est afin que, n'ayant plus rien, nous travaillions à mieux faire.

CHAPITRE PREMIER

(OU INTRODUCTION)

La Protection Maternelle et Infantile en milieu rural, telle qu'il s'agit de la réaliser aujourd'hui, est une œuvre essentielle, absolument indispensable, sans laquelle toutes les autres entreprises de protection de l'homme seront vaines. Les cités les plus orgueilleuses sont à la merci des campagnes, l'expérience universelle de cette guerre l'a surabondamment prouvé et tandis que le prochain conflit verra des villes entières anéanties en l'espace d'un clin d'œil, les paysans, plus dispersés, se suffisant à eux-mêmes, jouiront d'une tranquillité relative, mais appréciable ; les campagnes aussi ont toujours été et resteront le principal réservoir humain d'un pays ; enfin, c'est actuellement dans celles-ci que l'hygiène est la plus défectueuse. Il est donc urgent de s'en préoccuper dès maintenant et cela est d'autant plus facile qu'en gros les villes bénéficient désormais de conditions hygiéniques suffisantes pour qu'on puisse mettre leurs problèmes au second plan.

Malheureusement, la Protection des mères et des enfants est un problème d'une telle envergure qu'il est impossible et de le saisir dans son ensemble, et de le résoudre complètement. Et tout d'abord, de quelle campagne s'agit-il ? Plaines, montagnes ou bords de l'océan ? Pays riche ou pauvre ? De culture ou d'élevage ? De population dense ou dispersée ? Les habitants sont-ils vigoureux ou amorphes ? Luttent-ils quand même contre la dépopulaton ou bien s'abandonnent-ils à la misère qui les attend ? C'est ainsi que des villages entiers sont désertés par ceux qui devraient au contraire les agrandir et y vivre heureux ; je n'en donnerai comme preuve que Sainte-Enimie, petite localité qui se trouve dans la Lozère, jadis riche, et où à peu près toutes les maisons sont abandonnées maintenant — non pas que les propriétaires soient morts ; ils sont simplement

partis, laissant toits crevés et carreaux cassés. Voici les chiffres éloquents : en 1900 il y avait 1.200 habitants ; il n'y en a plus actuellement que 300. En 1914-18, il y eut 50 tués parmi les hommes... En 1940, il n'y eut que 9 mobilisés, d'ailleurs tous rentrés. Il est évident qu'on ne dépensera pas des sommes importantes pour protéger mères et enfants dans de semblables endroits ; il faudra commencer par y faire revenir des habitants.

Etant donnée la grande diversité des campagnes et du nombre presque infini de problèmes particuliers à résoudre, comment alors décider à l'avance de ce que l'on fera et chercher par la suite à faire cadrer les faits avec la théorie ? Pour être bien comprise et viable, la protection maternelle et infantile doit partir non du haut vers le bas, mais de chaque région géographiquement définie, indépendamment de ses voisines, chaque échelon supérieur de la hiérarchie n'intervenant que pour s'assurer qu'on agit efficacement au-dessous de lui.

Néanmoins, il est possible de définir dans leurs grandes lignes les besoins spéciaux du milieu rural et de tracer ensuite un plan d'ensemble, étant bien entendu qu'il ne s'agira pas de le suivre à la lettre partout, mais de s'en servir comme d'un gouvernail pour louvoyer parmi les écueils propres à chaque région, voire à chaque village.

Dans les pages qui suivent, je négligerai les divisions de la mortalité rapportée au péril congénital, au péril alimentaire, etc..., estimant que cette manière de voir a été suffisamment traitée ailleurs et mieux que je n'ai la prétention de pouvoir le faire. Je ne suivrai pas non plus un plan qui rapporterait chaque faute, alimentaire ou autre, à une cause directe, laquelle à son tour dépend d'une cause d'ordre supérieur pour aboutir à ce que le Professeur Joannon appelle les trois personnes de la trinité humaine : l'ESPRIT et les fautes psychologiques ; le CORPS et les fautes physiques, enfin l'EXTENSION DU CORPS : les biens et les fautes économiques.

Je suivrai simplement l'ordre chronologique, examinant successivement la Protection Maternelle et Infantile :

a) lors de la période pré-gestative,
b) au cours de la gestation,
c) pendant l'accouchement,
d) après l'accouchement.

Enfin, je consacrerai un chapitre à l'étude rapide des facteurs économiques que nous n'aurions pas examinés en cours de route, et des facteurs moraux, après quoi, synthétisant l'ensemble, j'essaierai de proposer une solution générale satisfaisante. Une dernière remarque s'impose. Dès le début, les vies de la mère et de son enfant sont trop intimement liées pour qu'on puisse envisager de les étudier séparément ; on se bornera à souligner les circonstances où l'une prend plus d'importance que l'autre.

CHAPITRE II

LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE AVANT LA GESTATION

J'envisagerai, dans le présent chapitre, la protection de la femme avant qu'elle ait des enfants, avant même qu'elle soit nubile et, si cela ne relevait pas de ceux qui suivront, dès le berceau, voire dès sa conception, car il ne s'agit pas de ne faire que de l'Hygiène thérapeutique, mais surtout de l'Hygiène préventive.

Il est banal de dire qu'un enfant bien portant ne peut venir que de parents bien portants. Je dis bien *parents* car, pour être logique, il est impossible de négliger le rôle du père, et une Protection Maternelle et Infantile bien conçue devrait comporter aussi une protection paternelle. Quant à savoir si à la campagne il est possible d'avoir des procréateurs sains — certes, c'est possible, facile même, et je devrais dire : y a-t-il des procréateurs sains ? — il est indispensable d'examiner brièvement le milieu et ses influences.

« ... La vie dispersée est la plus favorable de toutes à la santé. S'il y a des causes d'insalubrité, elles sont dues à l'homme lui-même, au logement qu'il n'aura pas su rendre hygiénique... », ainsi s'expriment MM. Rochaix et Tapernoux, et dès la lecture de ces lignes, un fait important saute aux yeux : l'hygiène pratique en milieu rural devrait être moins coûteuse qu'à la ville, car l'ambiance étant naturellement salubre, il suffirait d'éduquer les paysans... Nous verrons plus loin, à propos des accouchements, que la facilité d'action est réelle ; malheureusement, l'installation d'éléments essentiels, comme par exemple une adduction correcte d'eau, est souvent d'un prix prohibitif qui interdit les progrès rapides.

On peut admettre, grosso modo, qu'en dehors de celles qui

vivent sur certains flancs de montagnes mal exposés, les paysannes reçoivent un air et une lumière suffisants en quantité comme en qualité ; la maison a beau être sombre et mal aérée, la femme passe plus de la moitié de son temps dehors, si bien qu'il n'y a guère à craindre de carence de ce côté. Par contre, la situation est tout autre quand il s'agit de l'eau. Généralement, il n'y a pas d'adduction d'eau potable (à peine le tiers des communes françaises en possèdent) et la fermière doit tout faire avec une eau de citerne plus ou moins croupie, une eau de puits polluée, ou encore celle de la mare où s'abreuvent les vaches et nagent les canards...

L'eau est un des éléments les plus importants de la protection maternelle et infantile ; mais il ne s'agit pas seulement de disposer d'un liquide propre pour baigner les enfants et préparer leurs biberons. Il faut aller plus loin et se rendre compte que les instruments aratoires, les bêtes, les bâtiments, les mains qui ont caressé un chien porteur de ténia, tout cela doit bénéficier d'une onde pure et abondante. Il faudrait créer partout la possibilité de disposer d'au moins 70 litres quotidiens par personne ; alors combien plus facile serait la tâche de ceux qui s'occupent de la santé dans les campagnes ! Distribuer de l'eau pourtant ne suffit pas ; celle-ci doit offrir un minimum de garanties, et il serait utile qu'on imposât aux puits destinés à fournir de l'eau pour la consommation humaine, une profondeur minima, qui les mettrait à l'abri des contages. De même, il serait nécessaire d'interdire définitivement les tuyauteries de plomb, aussi dangereuses que coûteuses.

Tout cela, hélas, reste du domaine de l'avenir, et dans bien des endroits, le médecin ou la sage-femme est obligé d'emporter avec lui une réserve d'eau stérile, sachant qu'il lui sera impossible de trouver sur place un liquide simplement propre, car il est impossible de considérer comme tel certaines eaux bouillies qui ne sont que de la boue diluée...

Si encore il n'y avait que ces maux-là ! Mais c'est tout l'habitat rural qu'il est indispensable de transformer, sans pour autant détruire le cachet local.

Heureusement, les vieux murs ont été construits avec une généreuse épaisseur qui protège tant du froid que de l'humidité. On reprochera surtout à ces bâtisses leur exiguité, leur disposition mal commode et malsaine avec souvent l'étable dans

la cuisine ; et aussi ce que le paysan considère trop comme une amélioration : ces murs jadis sains parce que modestement blanchis à la chaux et qui, aujourd'hui, « enrichis », suintent et pleurent pour avoir été revêtus de ripolin sali, jauni, taché par les milliers de mouches qui s'y posent l'été ; ou encore qui moisissent, tout poudreux de salpêtre, derrière un papier lamentable décollé par les vapeurs de cuisine et de lessives abondantes. Par contre, l'aération, toujours très mal conçue, se trouve quand même assurée par les cheminées, car le paysan n'accorde pas ses faveurs au chauffage central. C'est donc un foyer ouvert ou un poêle qui assure le chauffage, mais on met le berceau tout contre, quand ce n'est pas dans l'âtre enfumée, pendant la journée, pour le retirer le soir et brusquement exposer le poupon à la nuit froide ; s'il ne devient pas la victime d'une pneumonie, il faut reconnaître que ce rude apprentissage a l'avantage de l'endurcir pour l'avenir.

La promiscuité est un des plus grands maux de la campagne : contact des bêtes, contact entre humains, chats, chiens, poules, voire moutons et vaches, qui passent l'hiver dans la cuisine ; aïeux, père, mère et enfants partageant une pièce avec quatre, cinq lits. Recherchée tout d'abord pour la chaleur, puis par pauvreté, la promiscuité est devenue aujourd'hui une habitude des plus nocives contre laquelle il est urgent de lutter.

Cela suffirait pour rendre insalubre une maison plus propre que la demeure moyenne du paysan, mais il faut encore compter avec les mouches qui se trouvent là comme dans un Eden qui leur appartient, où elles n'ont aucun effort à faire pour trouver leur pâture dégoutante ni pour se multiplier, au point qu'on peut croire que le paysan fait plus pour elles que pour son cheptel. Autre fléau : les rats sont nombreux, entraînant des pertes matérielles importantes qui aggravent l'état instable de la bourse du campagnard, avec toutes les conséquences au point de vue de l'hygiène. De plus, ces rongeurs assurent la propagation de multiples maladies : rage, peste, salmonelloses, spirochétoses... Enfin, le paysan mange des crudités poussées sur un fumier mêlé d'excréta humains... car il n'aime pas, et cela se conçoit, refroidir son postérieur dans une cabane ouverte à tous les vents, et préfère se soulager dans la tiédeur de l'écurie. Je n'insisterai pas sur les dangers que représente un fumier semblable.

Ayant vu ce que pouvait être l'entourage, voyons maintenant ce que peut y être l'existence de la femme dès qu'elle est assez forte pour rendre quelques services à la maison. L'homme vit dehors ; son travail est rude mais ne retentit directement que sur lui. La femme, au contraire, est destinée à porter des enfants et à s'occuper d'eux lorsqu'ils sont nés ; son travail retentit sur deux êtres. Or, depuis son adolescence, elle participe à toutes les peines ; elle s'occupe du potager ; elle s'occupe de la nourriture et de l'entretien des cochons, poules, lapins..., elle doit faire la cuisine, le ménage, le ravaudage, la lessive, le marché, préparer des conserves et réserves diverses ; elle charrie l'eau qui lui est nécessaire ; elle aide aux champs quand la pluie menace la récolte qui sèche ; elle aide au battage ; arrache les pommes de terre ; bine les betteraves ; elle soigne l'ancêtre paralytique ; elle s'occupe des enfants et elle en fait... comme elle peut !.. .et tout cela depuis qu'elle est en âge de garder les oies. De plus, il lui a fallu aller à l'école, grelottant le long des chemins glacés, mastiquant mal un mauvais repas froid avant de reprendre le même chemin en sens inverse après une journée passée inconfortablement sur un banc dur et trop grand ou trop petit, dans une lumière médiocre, près d'un poêle nocif ou au contraire gelée dans un coin trop éloigné de lui.

Jeune fille, elle fait tous les travaux où s'emploie sa mère, mais *jamais* elle n'apprendra à soigner ses enfants, ni d'ailleurs à se soigner elle-même, et ce sera déjà un magnifique résultat, aujourd'hui, si elle échappe aux libations généreuses auxquelles s'adonnent les hommes, et de plus en plus leurs compagnes.

De tout cela, que finit-il par sortir ? Des femmes robustes, certes, gaillardes aussi, mais combien écartées de leur structure et rôle physiologiques... bassins déformés ; tuberculose latente ; intelligence plus ou moins atteinte...

Quels remèdes proposer ?... Pour ce qui est de la génération actuelle, il n'y a rien à faire qu'à la surveiller de façon à l'aider et à être prêt à intervenir médicalement dès que la nécessité pourrait s'en faire sentir. Les examens périodiques et le carnet de santé seront des plus utiles lorsqu'ils seront entrés dans les mœurs, car plutôt que de les rendre obligatoires, il vaudrait mieux obtenir des intéressés une compréhension suffisante des bienfaits qu'ils seraient les premiers à en tirer, à condition, là

comme ailleurs, qu'on laissât au médecin traitant la pratique des examens.

En ce qui concerne plus proprement les futurs époux, on a institué le certificat prénuptial obligatoire. Ce n'est pas ici qu'on discutera de la valeur de ce dernier ; nous constaterons simplement qu'il dépend surtout des résultats de la prise de sang et de la radiologie, c'est-à-dire d'examens qui, à la campagne, sont souvent à peu près impossibles à pratiquer, ou bien les renseignements qu'ils donnent sont tels qu'on ne peut, en conscience, s'y fier. C'est donc l'examen clinique qui comptera principalement. Mais alors, qu'on se mette à la place du praticien chez lequel se présente un couple qu'il sait d'avance ne pas pouvoir empêcher de s'épouser. Il est débordé de formalités administratives diverses ; de nombreux malades authentiques le réclament, souvent très loin de son cabinet, et voici qu'il lui faut perdre environ une heure à peu près pour rien, car le plus souvent seuls les examens complémentaires pourraient lui apporter des renseignements utiles, s'ils étaient bien exécutés... Je laisse au lecteur le soin d'imaginer dans ces conditions quelle est la portée réelle du certificat en question !

Le certificat prénuptial, au mieux, à la campagne, ne peut guère jouer que comme occasion pour les futurs époux de recevoir des conseils généraux, que d'ailleurs ils s'empresseront d'oublier s'il n'y a pas derrière le médecin quelqu'un, assistante sociale, infirmière-visiteuse ou assistante-ménagère polyvalente, dont le rôle serait précisément de rappeler en temps utile les conseils donnés, tels qu'hygiène de la conception ou de la grossesse. On pourrait imaginer aussi le médecin remettant à chaque fiancé, avec le certificat, une petite brochure simple, schématique, *illustrée,* conçue de façon à frapper l'imagination populaire et où seraient expliquées les responsabilités de chacun.

Il s'agit, en effet, d'enseigner l'hygiène générale et corporelle, la préservation contre les intoxications et en particulier contre l'alcool. Il s'agit aussi de réaliser le traitement préventif d'infections qui, souvent, n'existeraient pas si à l'origine, plus de morale, plus d'honnêteté envers soi-même et son prochain, avaient guidé tout d'abord la vie de chacun. Là se borne actuellement le rôle du certificat prénuptial. Demain... peut-être ne sera-t-il plus nécessaire ou peut-être sera-t-il efficace sur le plan physique, pouvant effectivement « empêcher » la naissance de déshérités.

CHAPITRE III

LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE PENDANT LA GROSSESSE

Il est un fait d'observation courante à la campagne : la mortalité y est, dans l'ensemble, moins grande que dans les villes. Par là même, on peut déduire que les maladies auront une influence moindre sur les grossesses des paysannes comparées aux citadines et c'est bien ce qui ressort du tableau comparatif qu'ont publié MM. Debré, Joannon, Mme Crémieu-Alcan, tableau qui se rapporte à la morti-natalité anobstétricale, donc relevant uniquement de la gestation. On verra qu'il existe en milieu rural des facteurs de grande importance.

Pour 1.000 décès, on a :

	Villes	Campagnes
Maladies maternelles diverses	6,3	4,1
Sauf toxémie gravidique	3,8	1,8
Surmenage.....	0,3	2,1
Malformations congénitales	2,5	3,8
Syphilis.....	4,7	6,8

Si on se souvient que le pourcentage des morts-nés a baissé deux fois moins vite à la campagne que dans les villes, on voit que le rapport des taux a tendance à varier en faveur de ces dernières. Il ne faut pas cependant se laisser leurrer par des chiffres ; les champs restent plus salubres que les régions urbaines et si les données des statistiques semblent prouver le contraire, c'est uniquement parce que la lutte contre la mort a été

menée avec plus d'énergie dans les grands centres où elle était plus urgente. On peut affirmer que du jour où l'on aura donné aux paysans un équipement sanitaire équivalent à celui que possèdent déjà les citadins, les chiffres de mortalité seront inférieurs à ceux obtenus dans les meilleures conditions ailleurs.

Si maintenant on analyse le tableau précédent, on constate que trois causes majeures sont mises en évidence :

— le surmenage,

— les malformations congénitales,

— la syphilis.

On y ajoutera deux causes parallèles : l'alcoolisme et la tuberculose, et l'étude rapide d'un facteur important de ces dernières années : la sous-alimentation.

1° *Le surmenage :* Ici, comme partout, nous retrouvons ce qui, à la campagne, est un véritable fléau et probablement le plus difficile de tous à éliminer. Il est hors de doute que la paysanne, patronne ou salariée, est surmenée... En toute saison, elle est levée la première pour préparer le repas des hommes et des enfants ; la journée se passe à soigner les bêtes ou dans les champs, et le soir point de repos : il faut ravauder ou laver. Enceinte ou non, c'est le même labeur qu'il lui faut assurer, sans souci des conséquences.

Est-ce vraiment étonnant que, dans ces conditions, malgré la robustesse si souvent constatée des agriculteurs par rapport aux citadins, on découvre chez eux tant d'enfants prématurés ou débiles, ou anémiques ? surtout parmi ceux qui naissent pendant ou peu après les travaux exténuants de l'été et de l'automne. Dans l'état actuel de notre armement sanitaire, il est impossible de lutter efficacement contre ce fait. Certes, il existe une loi excellente qui permet et oblige même, à la femme qui va accoucher, de se reposer, et à la ville, en milieu ouvrier, l'effet a été remarquable. Mais à la campagne, il n'en est pas allé de même ; là où la loi a pu être appliquée, elle a été efficace et bien accueillie ; elle a pu soulager ; elle n'a pas pu donner le maximum et pour une raison bien simple. La fermière n'est pas une ouvrière qui travaille à heures fixes et bien définies ; elle doit, car il est impossible de faire autrement, tra-

vailler jusqu'au bout parce qu'elle est seule et que si elle peut, à la rigueur, négliger son ménage un jour de trop grande fatigue, la basse-cour est là qui réclame ses soins.

C'est ici qu'apparaît la nécessité de créer autre chose qu'une assistante sociale, qu'une infirmière-visiteuse, ou que des consultations médicales obligatoires ; il faudrait organiser un corps, conçu sur le mode hiérarchique des assistantes sociales, d'assistantes-ménagères *à domicile,* qui viendraient aider *gratuitement* la campagnarde pendant la durée du temps de repos que lui impose la loi. Ces assistantes véritables seraient en liaison avec le centre de protection maternelle et infantile qui aurait pris en charge la femme dès que celle-ci aurait déclaré sa grossesse ; ainsi on serait assuré d'une surveillance active, médicale et sociale ; de plus, on soulagerait d'autant les assistantes sociales, les infirmières visiteuses... et la femme enceinte. Il va de soi qu'il faudrait que l'instruction de ces aides dépassât les simples travaux de ménage pour toucher à l'hygiène et à la puériculture, car vivant pendant deux mois dans l'intimité d'une famille, elles auraient à l'éduquer.

Certes, un pareil programme serait très coûteux, peut-être trop pour qu'on puisse le réaliser un jour. En dehors de ses autres avantages, c'est à ce prix-là seulement, pourtant, qu'on obtiendra que la fermière échappe au surmenage.

2° *Les malformations congénitales.* — Nous serons bref à leur sujet, nous bornant à constater qu'il est très difficile de les rapporter à leurs causes véritables qui restent mystérieuses. Il est indéniable, pourtant, qu'ici encore le surmenage a une grande influence, comme l'alcool et la syphilis, que nous aborderons maintenant.

3° *La syphilis.* — Il est intéressant de noter que le taux de la morti-natalité spécifique est plus élevé dans les régions rurales que dans les villes ; il est délicat de donner une interprétation de ce fait, puisque la syphilis, dans l'ensemble, est nettement plus répandue ici que là. Peut-être, comme le soulignent MM. Rochaix et Tapernoux, est-ce dû réellement à la syphilis ou peut-être est-ce parce que le médecin rural, moins bien outillé que son confrère urbain, dans le doute, pose le diagnostic de vérole. Faute de constatations objectives et valables, il est impossible de trancher. On se contentera de formuler le vœu

que les médecins de campagne soient mieux secondés et qu'en particulier les laboratoires d'analyses offrent plus de garanties.

4° *L'alcoolisme.* — De jour en jour, cette maladie vraie, cette « psychose » gagne du terrain et la guerre n'aura été qu'un intermède sans influence. Mieux que tout autre, le nombre effarant des bouilleurs de cru traduit le raz-de-marée alcoolique qui déferle sur la France depuis moins de trois-quarts de siècle.

Voici, à titre d'indication, la progression des bouilleurs de cru :

En 1875, ils étaient au nombre de	277.865
En 1893, il y en avait déjà.....	678.000
1914.....	1.033.522
1917.....	778.028
1934.....	3.500.000
1940.....	3.104.352

Il y a longtemps que l'élément mâle de la population a succombé sous le flot, au grand dam de la race ; mais voici qu'aujourd'hui l'élément féminin le suit, et comment en serait-il autrement, puisque le producteur doit consommer cet alcool que le fisc interdit de vendre, mais qu'il n'empêche pas de produire ?

Ce n'est pas ici qu'on traitera de cet immense problème qu'est l'alcoolisme, mais il est impossible de passer sous silence ses répercussions et ses rapports avec la protection maternelle et infantile. En effet, dans de nombreuses régions, *il n'est pratiquement pas* de ménagère qui n'ait la fiole d'eau-de-vie à portée de main et la tentation étant là, elle y puise à tout propos, aussi bien pour recouvrer des forces que pour guérir un rhume ou apaiser le poupon qui pleure.

C'est la santé de la mère qui est en jeu ; c'est celle de l'enfant qu'elle porte en elle ou qu'elle allaite. Or, l'alcool est un poison d'autant plus dangereux qu'il agit de façons diverses ; l'alcoolisme paternel seul suffit déjà à assurer la procréation d'enfants débiles et anormaux, à plus forte raison quand il s'y ajoute l'intoxication maternelle. Enfin, ceux qui s'adonnent à la boisson, à la campagne comme à la ville, sombrent tôt ou tard dans le paupérisme, avec ce qu'une semblable situation

entraîne : abandon des enfants, ambiance morbide désastreuse pour le nourrisson, si on en croit les données de cette discipline nouvelle qu'est la médecine psycho-somatique ; taudis, tuberculose, etc., etc..

5° *La tuberculose,* que nous allons maintenant étudier, n'offre, pendant la grossesse, d'intérêt que parce qu'elle tue la mère.

Contrairement à ce qui était jadis, cette maladie sévit actuellement plus à la campagne qu'à la ville. Le Professeur Sergent et Mme Gonin ont relevé que, dans un service de tuberculeux, ceux-ci étaient recrutés pour 60 % parmi des ruraux, dont 55 % étaient des femmes ; il n'y avait que 5 % d'hommes. Il s'agit là moins d'une recrudescence de la bacillose à la campagne que, comme pour la syphilis, d'un perfectionnement de moyens de lutte mis à la disposition des citadins et de la guerre active qu'on y fait aux taudis, qui sont des foyers de virulence ; encore faut-il qu'il y ait dedans des malades, comme il ressort du passage suivant que j'extrais du livre *Hygiène des milieux ruraux,* de MM. Rochaix et Tapernoux :

« ... mais l'auteur (M. Rochat) a été surpris de la variation du nombre de réactions positives suivant les villages. La Sarraz vient en tête avec 22 % de réactions positives, alors qu'Eclapens, village très peuplé, n'atteint que 3 %. Il est à noter, au point de vue de l'habitat, que La Sarraz et Eclapens se valent ou, d'après Rochat, « ne valent pas grand chose ». Cela ne peut s'expliquer que par la présence de très nombreux foyers d'infection à La Sarraz et leur absence à peu près totale à Eclapens... ».

On peut donc dire que la lutte contre le bacille de Koch est relativement facile à la campagne ; il suffit de circonscrire les foyers et de les isoler et pour cela point n'est besoin d'autre chose que ce qui existe, à condition de le généraliser et de rendre la surveillance régulière et efficace. Ainsi, la femme enceinte sera protégée comme le commun des mortels et au même titre.

6° *La sous-alimentation.* — Même avant-guerre, malgré d'immenses progrès, l'alimentation laissait souvent à désirer sous tous les rapports dans bien des régions rurales. Ceux qui en pâtissaient le plus étaient les ouvriers agricoles et les petits cultivateurs n'ayant qu'un lopin de terre, trop souvent consacré

à la vigne seule. Les repas, fréquemment consommés froids, ne comportaient pas toujours de la viande, laquelle d'ailleurs avait bien des chances d'être parasitée, ou avariée l'été. Les autres plats étaient insuffisants et monotones, au point qu'on est en droit de se demander comment une femme enceinte, après neuf mois du même régime, pouvait encore les avaler sans nausée.

Il était logique d'admettre que cette insuffisance de l'alimentation maternelle retentirait sur l'organisme fœtal ; l'expérience, spécialement pendant cette guerre, a prouvé qu'il n'en est rien. La mère peut pâtir, l'enfant profite quand même tant qu'il n'est pas né. Voici, en effet, ce qu'en dit le Professeur Lacomme :

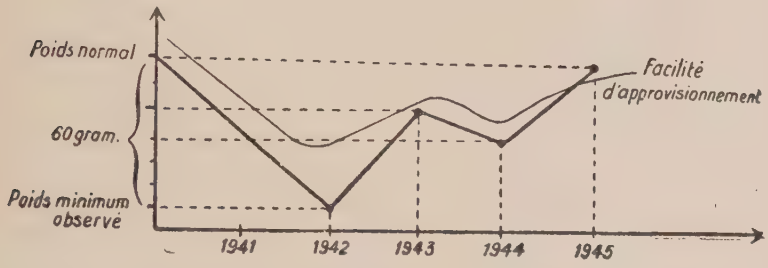
« Malgré ce qu'on ait pu craindre, la mortinatalité et la mortalité des premiers jours ont continué de baisser pendant la guerre, au point qu'en 1942 on enregistrait pour la France entière, moins l'Alsace-Lorraine, les chiffres les plus bas qu'on ait trouvé dans notre pays. »

Par conséquent, les privations de la guerre n'ont pas eu d'action bien nette sur les naissances et au fond on aurait pu s'y attendre, en se rappelant que les peuples les plus prolifiques sont aussi ceux qui jouissent du moins d'avantages matériels, tels la Russie, la Chine, le Japon, et, d'autre part, dans tous les pays, ce sont les classes les plus défavorisées qui ont le plus grand nombre d'enfants.

Puisque le nombre de naissances ne souffrait pas de diminution, en était-il de même de la qualité de ces nouveau-nés ? Et bien, là non plus il n'y eut pas de catastrophe. On peut admettre qu'en 1940, l'alimentation maternelle et le poids moyen des enfants étaient les mêmes qu'avant-guerre ; à partir de cette année-là, les deux baissèrent jusqu'en 1942, qui fut l'année la plus mauvaise ; à cette époque fut instaurée la carte des rations spéciales pour les femmes enceintes, qui leur apportait un supplément minime mais non négligeable, et certainement efficace, puisque aussitôt le poids des enfants est remonté jusqu'en 1943.

Avec l'année 1943 vint une diminution notable de l'alimentation et, parallèlement, le poids infantile décrut sans pourtant atteindre le minimum de 1942. A partir de 1945, tout s'améliora définitivement.

La comparaison de ces faits est plus claire si on les représente par le graphique suivant :



La similitude des variations de ces deux courbes est frappante, indiscutable et... sans aucune importance. Si, pourtant, elle a une importance qui est de souligner le fait que les facteurs économiques ne jouent qu'un rôle insignifiant pendant la grossesse. En effet, le chiffre le plus bas des poids moyens des nouveau-nés que donne M. Lacomme est obtenu en 1942 — année où, je le rappelle, la mortalité fut la plus faible — ce chiffre est de soixante grammes, autant dire zéro !

Mais alors, objectera-t-on, les mères ont dû pâtir énormément, puisque envers et contre tout, leur organisme a réussi à maintenir le poids de leurs enfants. Voyons encore ce qu'en dit le Professeur Lacomme. Tant dans sa clientèle privée que dans son service hospitalier, ce dernier a constaté que pendant toute la période qui nous occupe, les femmes enceintes ont gagné en moyenne 10 kilogs et qu'on peut compter sur ses doigts celles qui ont perdu du poids.

Soyons prudents pourtant, et reconnaissons que nous ne sommes pas en mesure d'analyser correctement le rôle des facteurs économiques sur la grossesse pendant la période actuelle ; trop d'éléments, colis familiaux, marché noir, etc., sont venus troubler la limpidité des chiffres et des statistiques.

Ce qu'exposait ainsi le Professeur Lacomme se rapportait à Paris, ville particulièrement éprouvée. Ses arguments, néanmoins, restent parfaitement valables quand on les extrapole pour les appliquer au milieu rural qui n'eut jamais à subir de restrictions aussi sévères que la capitale.

Si nous récapitulons maintenant, nous voyons que les prin-

cipaux dangers qui menacent la femme enceinte à la campagne sont liés au surmenage, à la syphilis, à l'alcoolisme. Cela représente ce qu'on pourrait dénommer la partie positive des risques de la maternité. Nous allons maintenant aborder un autre aspect de la question, ce que j'appelle la partie négative ou passive : le *défaut de surveillance de la grossesse.*

Il est presque d'usage que la campagnarde ne se préoccupe pas de sa grossesse commençante ; vivant parmi les animaux, dans des conditions morales et matérielles à peu près semblables aux leurs, elle finit par les imiter dans une des fonctions les plus naturelles qui soient et, bien souvent, ce n'est qu'au moment de l'accouchement qu'il est fait appel au médecin. La loi, sage et louable dans son principe, qui parut le 2 novembre 1945, et le 14 mai 1946, oblige bien toute femme enceinte à se soumettre à trois examens médicaux pendant la gestation. C'est un minimum, et pourtant que de difficultés d'application ne rencontre-t-elle pas, particulièrement dans le milieu rural ? A la ville déjà, ces examens sont de médiocre valeur, parce que trop souvent faits dans des centres où l'indifférence médicale est absolue. Le médecin examinateur, n'étant pas poussé par l'aiguillon de la responsabilité de l'accouchement, sombre dans la routine, quand il ne dédaigne pas, par-dessus le marché, les principes élémentaires de la déontologie. A tel point que, devant son manque de succès, la « consultation prénatale d'Amiens a dû fermer ses portes (Mlle Pougeoise). A la campagne, il n'en est heureusement pas encore ainsi, car ces « centres » n'existent pas en nombre suffisant pour imposer leurs méthodes. L'art du médecin rural qui a, autant que la cliente, intérêt à ce que « tout se passe bien », supplée à la carence des examens de laboratoire : la future mère examinée régulièrement par le même médecin, outre qu'elle ne se sent plus un simple numéro qu'on se passe d'un guichet à l'autre, se rend compte qu'elle est mieux surveillée et l'effet psychologique ainsi obtenu est loin d'être négligeable, certainement plus efficace que le système immoral des primes à la visite *dans les centres,* tel qu'il est conçu actuellement par la Sécurité Sociale. En dehors du préjudice matériel causé de la sorte à des praticiens parfaitement capables, on impose à la femme, déjà surmenée, un trajet souvent long et fatigant, des formalités administratives à n'en plus finir, bref toute une gamme d'ennuis parfaite-

ment évitables et qui ne sont qu'une forme de tyrannie déguisée. Les résultats d'ailleurs sont là pour prouver qu'on fait fausse route.

Il faut pourtant entreprendre quelque chose, d'autant que la loi, sans demander en cela l'avis des intéressés, médecins ou non, crée des centres de visites prénatales, utiles, avouons-le, dans certains cas, ne serait-ce que pour secouer la poussière de la routine qui engourdit beaucoup de médecins. Reste donc une solution : s'accommoder de ces centres en les transformant de sorte qu'au lieu d'être des lieux d'examen, ils soient *des centres de liaison et de surveillance.* Abandonnant au praticien toute la partie médicale, ils auraient pour rôle de s'assurer que, d'une part, les femmes se font régulièrement examiner, et que, d'autre part, les médecins ne s'engagent pas dans l'ornière de la facilité, en les obligeant à faire des examens complets. Voici comment le Professeur Lacomme envisage le fonctionnement de ces centres :

Au chef-lieu de canton ou d'arrondissement, suivant la densité de la population, on créera un *Centre de Protection Maternelle et Infantile,* en liaison directe avec chaque mairie de la circonscription. Toute femme enceinte, dans un délai à déterminer, sous peine de perdre son droit aux prestations, avertit sa mairie de son état. Celle-ci prévient immédiatement le Centre qui envoie une lettre à la femme où on lui rappelle *amicalement* l'obligation qu'elle a de se soumettre aux trois examens, dont un au moins fait par un médecin, la femme gardant son libre choix entier, ainsi que le droit de changer de médecin. Le nom du praticien choisi, transmis par la mairie, est porté avec celui de la femme sur un fichier central chronologique, et aux échéances des troisième, sixième, huitième mois, on y adjoint l'attestation, constatée par carte spéciale renvoyée par lui, que le médecin a examiné la femme. Ainsi la surveillance est des plus faciles : un coup d'œil sur la fiche suffit pour montrer que le sixième mois, par exemple, s'est terminé sans que la future mère ait été examinée ; un simple rappel à la femme ; un autre au praticien doivent suffire.

Or, comme l'a fait remarquer le Professeur Lacomme, les médecins seraient les premiers intéressés à ce qu'un pareil centre fonctionnât normalement, car supposons qu'ils ne renvoient pas en temps utile l'attestation d'examen, les femmes

qui ne toucheraient qu'une partie des prestations ne tarderaient pas à aller consulter ailleurs.

Une telle innovation permettrait de multiplier les centres à local réduit et à personnel peu nombreux, ce qui, hélas, n'est plus de mise. Mais l'économie formidable qu'on réaliserait ainsi permettrait à la Sécurité Sociale d'aborder tout de suite d'autres problèmes aussi urgents mais qu'il a bien fallu reléguer au deuxième plan, l'équipement en eau, par exemple, ou l'amélioration des écoles rurales.

D'autre part, ce centre aux locaux peu encombrants, peut facilement être agrandi de façon à loger, en les simplifiant de pareille manière, les bureaux de surveillance des nourrissons (et non des consultations de nourrissons), les guichets de paiement des assurances diverses et des primes à la naissance, etc..., diminuant ainsi énormément les tracasseries qu'on impose aux gens... et le paysan est particulièrement méfiant de tout ce qui ressemble à des formalités administratives. Plus encore qu'à la ville, où les « heures perdues » sont payées, les ruraux apprécieront une telle organisation, car l'agriculteur se paie lui-même, la récolte n'attend pas et le temps n'est encore soumis au bon plaisir d'aucun bureaucrate.

CHAPITRE IV

LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Dans ce chapitre et les suivants, il ne sera question que de l'aspect matériel de la protection maternelle et infantile à la campagne, car nous admettrons, avec MM. Rouèche, Lacomme, Debré, Joannon et bien d'autres, que :

« ... A la campagne, où il n'y a aucun centre construit, les accouchements et les nourrissons sont aussi bien surveillés qu'ailleurs, et il faut rendre hommage à la valeur de ceux qui pratiquent cette médecine, qui est un labeur de tous les jours... » (M. Rouèche, in *Presse Médicale* du 8-11-47).

Voici donc la paysanne arrivée à terme. Je supposerai que la grossesse s'est passée normalement, en apparence du moins, et que par conséquent le médecin n'a pas eu à intervenir. Mais aura-t-il seulement vu la femme pendant ces neuf mois ? Dans la plupart des cas, on peut donner une réponse affirmative, parce qu'on aura fait appel à ses services soit pour se conformer à la loi, soit pour avoir confirmation de l'état de grossesse, soit à cause d'un épisode quelconque ayant atteint la femme ou une personne de son entourage... Dans ces circonstances, prévenue de son état, sachant à peu près la date de l'accouchement, éclairées des conseils médicaux indispensables, la parturiente et la famille auront pu prendre des précautions et se préparer à recevoir le nouveau-né.

Or, ceci représente la conjoncture *la plus favorable* actuellement, car généralement le médecin, prévenu tardivement, bouscule ses autres malades, arrive en hâte et en retard, voit la femme qui est plus près de la fin de ses douleurs que de leur début, « fait » souvent un forceps rapide parce que pressé peut-être par une autre naissance à dix kilomètres de là, et s'en va, lais-

sant femme et enfant aux soins de n'importe qui. Le tout se passe dans des conditions qui défient la description, heureux encore si le praticien, après avoir incisé un phlegmon ou réparé sa voiture en panne, a pu se laver correctement les mains.

Quant au matériel, il est rare que celui trouvé sur place soit vraiment en état de servir ; les marmites dans lesquelles on fera bouillir une eau déjà douteuse par elle-même, contiennent encore des débris alimentaires ou une couronne de graisse figée. On s'applique à les récurer parce que le médecin l'exige (souvent d'ailleurs pour occuper « utilement » les gêneurs), mais que de temps perdu, alors que l'enfant est presque là et qu'il se peut que cette eau soit indispensable pour le ranimer !

Les draps seront propres, si la femme est assez riche pour en posséder plusieurs paires, sinon... En tout cas, ils seront loin d'être stériles, ainsi que les serviettes et la toile cirée qu'on aura retirée de sous les doigts poisseux des premiers nés... Pour le reste, peut-être aura-t-on été prévoyant ; il y aura un gros paquet de coton, lequel sera aussi souvent cardé qu'hydrophile d'ailleurs ; quelques bandes de toile, quelques seaux, mais quand il s'agira de se désinfecter les mains, bien souvent le médecin ne trouvera rien, et s'il n'a pas dans sa trousse assez de teinture d'iode, il devra se contenter du litre d'eau-de-vie destiné à célébrer l'événement, et qui, lui, ne manque jamais. Bien sûr, le médecin, habitué à ces conditions de travail, emporte souvent avec lui une réserve d'alcool, de ouate, de champs stériles, etc., mais est-ce logique qu'il traîne partout un tel chargement « au cas où... » ?

Puisque le matériel laisse tant à désirer, il est à présumer qu'il en sera de même de l'assistance, et c'est bien ce qu'on constate. Parfois, l'accoucheur pourra se faire aider par une sage-femme ou une infirmière rurale ; c'est exceptionnel. Dans tous les cas, parents, enfants, voisins, chiens, chats, poules, tout cela se bouscule autour du lit et du matériel péniblement protégé des trop fameuses gouttes de Flügge et des mains curieuses. Chacun parle, critique ou conseille à sa façon, énervant autant la parturiente qui s'agite et faiblit, que le médecin, éreinté par une nuit de veille et qui a d'autant plus de chances de laisser craquer un périnée qu'il n'aura pu surveiller au moment critique parce qu'un gamin sera venu s'empêtrer dans ses jambes... Qu'on se mette un instant à la place de cet homme dressé à une

asepsie sévère et qui est obligé de plonger vers une région, reconnaissons-le, le plus souvent soigneusement préservée du savon et de l'eau, obligé à tout moment de poser ses instruments sur le coin le plus propre d'un drap, de veiller à ce qu'on n'y touche pas, ni même qu'on s'en approche ; obligé de modérer l'issue de la tête fœtale, tout en donnant une bouffée de chloroforme à l'autre extrémité du lit, et chaque fois de se désinfecter avec un alcool qui n'était pas précisément destiné à l'usage externe...

Le tableau serait risible s'il n'était aussi tragique, puisqu'il reflète l'état actuel de ce que nous possédons comme armement obstétrical en France. Il faut se garder de généraliser ; il existe bien de nombreuses familles campagnardes où l'on est suffisamment « éclairé » pour que le médecin, averti longtemps à l'avance, ait pu prévoir la façon dont se passera l'accouchement et où tout sera préparé, ainsi qu'il l'aura indiqué ; où même il trouvera des aides de bonne volonté qui lui faciliteront sa tâche. Cela existe, c'est moins rare qu'on pense ; ce n'est pas pourtant encore généralement ainsi.

Alors, dira-t-on, pourquoi ces femmes n'accouchent-elles pas en maternité ? C'est aller au cœur du problème. Bien souvent, les paysannes ne peuvent accoucher ailleurs que chez elles parce qu'il n'y a pas d'autre local adéquat, ou s'il existe, il est trop éloigné pour qu'on puisse songer à y transporter une femme qui n'est pas en état désespéré ; car, raisonne le bon sens populaire, on accouche là où l'on est, au moment que le destin a fixé... Pourtant, la psychologie des ruraux n'est pas hostile, par principe, aux maternités ; elle se refuse simplement à reconnaître l'utilité d'un véritable petit déménagement, pour aller accoucher chez des étrangers, pour ensuite revenir chez soi au prix d'un nouveau remue-ménage.

Voici donc un premier point acquis : il faut que les maternités, comme nous l'avons constaté au sujet des consultations pré-natales, soient peu éloignées du domicile. Si ce n'est pas le cas actuellement, c'est uniquement parce qu'on n'a pas pu en créer un nombre suffisant pour que la concurrence les obligeât à se disséminer. A ce propos, on me permettra une digression qui a son importance : la chirurgie assure un revenu large aussi bien à ceux qui la pratiquent qu'aux cliniques qui fournissent un local suffisant. On compte donc par centaines les

cliniques chirurgicales en province ; il n'est guère de bourgade tant soit peu importante qui n'en ait une. Le travail du chirurgien est relativement minime ; il ne faut qu'un quart d'heure pour une appendicite, alors que l'accoucheur (qui voit un nombre de cas moindre que son confrère), doit, pour une somme inférieure, passer en moyenne six heures par accouchement. Sans que j'insiste plus, on comprendra facilement pourquoi, dans l'ensemble, on trouve si peu de cliniques d'accouchements dont la gestion est très onéreuse, puisqu'il lui faut un personnel identique à celui de la clinique chirurgicale...

J'en reviens au propre du sujet. Nous avons vu qu'il est nécessaire de développer des maternités à proximité des futures accouchées. Ceci impose immédiatement un type de maternité, car pour qu'elles soient nombreuses, il faut qu'elles ne coûtent pas trop cher à établir, et puis aussi, plus on les multipliera vite, plus vite arrivera le jour où la clientèle de chacune sera stabilisée par le jeu de la concurrence ; et comme il faudra les établir non dans les villes et bourgades, mais dans les grands villages, il est indispensable que ces frais de fonctionnement soient minimes puisqu'il n'y aura, au plus, qu'une centaine d'accouchements annuels dans chaque. Si bien qu'au lieu de parler de maternité, ce qui fait songer à un service hospitalier complet, il serait préférable de dire : maison d'accouchement. Il s'agirait, en effet, d'une petite maison, ayant à sa tête une sage-femme résidente et responsable et pouvant assurer quatre ou cinq accouchements en chambres *individuelles* (il faut donc compter dix pièces, afin d'assurer un roulement permettant le nettoyage et la désinfectin). Une telle installation pourrait héberger facilement de cent à cent-vingt accouchées par an, ce qui représente une population de dix mille personnes, chiffre qui revient toujours, en hygiène, quand on cherche le nombre optimum d'habitants à grouper.

Il n'est guère de région en France qui soit assez déshéritée pour qu'on n'y compte 10.000 âmes réparties sur quelques kilomètres à la ronde, et chaque femme trouverait, à proximité, une maison d'accouchement modeste, peu coûteuse à installer. Puisqu'on n'y ferait que des accouchements simples, l'équipement médical pourrait être réduit et le matériel entretenu dans une maison centrale qui desservirait plusieurs de ces petites maternités, garantissant une meilleure stérilisation et une remise à

neuf constante. Ce matériel pourrait être fourni par les communes, le département ou la Sécurité Sociale, et les fonds ainsi employés allégeraient d'autant le budget des sages-femmes, leur permettant au besoin d'installer à leur compte personnel, dans leur propre maison, la maternité qu'elles garniraient simplement de linge et d'instruments en location, sur le modèle de ce qui existe entre certaines blanchisseries et restaurants par exemple.

Enfin, ces maisons d'accouchement seraient ouvertes à *tous les médecins*. Pourquoi ? Simplement parce qu'il est immoral d'obliger une femme à se confier à un inconnu, anonyme, et puis l'expérience a prouvé que là où n'existait aucun libre choix, les maternités ne pouvaient subsister. C'est ainsi que nous avons relevé, au cours de la discussion d'une causerie privée faite par Mlle Pougeoise, directeur départemental de la Santé de la Somme, que les femmes, dans le Nord, se refusent à accoucher là où on les invite à aller, entraînant comme conséquence la renonciation, au moins provisoire, de la Direction départementale de la Santé, à poursuivre son programme de construction de maternités conçues sur le modèle administratif.

Non seulement on a cessé de construire, mais de nombreuses maternités déjà créées ont vu diminuer leur « rendement » comme on dit, tandis que d'autres, à Sissonne dans l'Aisne, par exemple, ont dû fermer leurs portes. L'hôpital d'Amiens, lui-même, n'aura pas eu 250 accouchements dans l'année qui vient de finir; ce chiffre ne justifie en aucune façon le maintien d'une « maternité » de l'importance de celle-ci. L'explication que Mlle Pougeoise a donné elle-même, est très simple : nulle part il n'y a libre choix du médecin. Par contre, le Docteur Carlotti nous a rapporté qu'il y eut, en 1936, deux cent quarante accouchements en maternité à Chartres ; en 1940, ce nombre était monté à sept cents, mais *il y a libre choix.*

La conclusion s'impose : il faut supprimer les grands centres d'accouchement, sauf là où la densité de la population les justifie. Partout ailleurs, brisons-les et répandons les fragments. comme le paysan répand sa semence également sur le sol. Il ne doit pas être question de draîner la clientèle du médecin vers des usines à naissances ; il s'agit de lui donner les moyens de remplir consciencieusement et au mieux sa fonction. Les grandes maternités comme celle d'Amiens devraient savoir

s'amputer d'elles-mêmes et ne conserver que leur rôle d'aide, de décharge, d'intervention dans les cas difficiles. Elles pourraient ainsi desservir une région d'autant plus étendue qu'elles seraient soulagées d'un plus grand nombre de cas eutociques.

Après ces multiples avantages et facilités qu'apporteraient de petites maternités bien comprises, il reste à étudier la question, très importante et qui ne peut être passée sous silence, du personnel employé.

J'ai dit plus haut que la pratique des accouchements ne permettait pas, comparativement à la chirurgie, des installations aussi luxueuses. Aussi bien n'en a-t-on pas besoin ; il suffit de quelques chambres isolées où la femme se sentira plus chez elle qu'en salle commune, d'un bon appareil de stérilisation et d'une réserve de draps, coton, etc..., d'une couveuse, d'un ballon d'oxygène ; voilà un petit centre déjà bien équipé au point de vue matériel. Voyons maintenant le personnel : il sera aussi instruit et bien rémunéré que dans une clinique chirurgicale. Il grèvera énormément le budget des maternités. Il sera essentiel de « reclasser » le remboursement par les assurances de l'acte obstétrical par rapport à l'acte chirurgical, ce qui encouragera les familles à avoir des enfants, puisque les charges seront diminuées d'autant. Je ne m'étendrai pas plus sur cet aspect du problème, et j'en arrive à l'étude succincte du personnel « idéal ».

La petite maternité peut très bien être confiée à une sage-femme qualifiée et *responsable*, aidée d'une infirmière diplômée offrant toutes les garanties nécessaires. Mais il faudra que cette sage-femme reste en liaison constante avec le ou les médecins du voisinage qui pratiqueraient chez elle les accouchements que leur clientèle les amènerait à faire; d'autre part, cette même sage-femme et sa maison devront être surveillées par une maternité d'un rang plus élevé dans la hiérarchie départementale ; très capables à leur sortie de l'école, ces femmes tombent rapidement dans la routine, leur discipline se relâche, elles retournent trop facilement au matronat, que d'ailleurs les paysannes favorisent souvent par aveuglement... Puis, mal rétribuées pour un travail exténuant, soumises à de nombreuses tentations, ainsi qu'à l'appât d'un gain facile, important, les sages-femmes se laisseront aller à pratiquer les avortements qu'on leur réclame, avec toutes les conséquences qui en décou-

lent. Il est essentiel donc qu'elle soit forcée de se tenir au courant des nouveautés qui pourraient l'intéresser ; que par tous les moyens : cours, conférences, stages périodiques, on la sorte de sa routine et qu'on surveille, *discrètement*, ses qualités et aptitudes. Il faut aussi qu'on lui assure un enseignement suffisant de la puériculture, non pas pendant ses études, ce qui risquerait de trop les prolonger, mais après, alors qu'elle est déjà installée.

Il devient aisé aux médecins, accoucheurs et pédiâtres rayonnant depuis le chef-lieu ou le centre de protection maternelle et infantile le plus proche, de visiter périodiquement toutes ces petites maternités qui dépendraient d'eux ; il serait possible d'adjoindre une petite consultation de nourrissons dans les locaux mêmes.

En somme, il s'agit simplement, sous une forme un peu changée pour l'adapter au milieu rural, de reconstituer ce qui existait il n'y a pas bien longtemps encore à Paris : l'organisation qui liait aux maternités des hôpitaux un certain nombre de sages-femmes agréées qui exerçaient chez elles, sous la surveillance du personnel hospitalier.

De tout ceci, il ressort que :

1° Les accouchements à domicile sont souvent préférés pour des raisons psychologiques ou matérielles à l'accouchement en maternité.

2° Les accouchements qui se font dans un local réservé à cet usage obligent à des frais tout de même importants pour permettre l'acquisition et l'installation d'un minimum de matériel indispensable pour donner une allure professionnelle à l'endroit. Multipliée par l'étendue du territoire, cette dépense devient lourde. Alors, il reste encore une troisième solution qui, journellement, compte plus de partisans. Il s'agit de l'accouchement à domicile « amélioré » par la maternité ambulante qu'est un panier d'accouchement bien compris. L'effet psychologique de la naissance dans le vieux lit où est née l'aïeule souvent, est préservé, et il faut reconnaître que l'impression de rester chez soi, d'être entouré des siens, a une grande influence sur les forces morales et aussi physiques de la parturiente. La femme évite les fatigues et les souffrances d'un transport qui ne peut jamais être sans heurts ; le médecin n'a besoin d'ap-

porter que des forceps et, s'il s'en sert, une paire de talonnières amovibles. Quant à l'infection qu'on serait en droit de craindre, l'on sait (Pr. Agrégé Deparis) combien elle est rare à la campagne par rapport à la ville et toutes choses égales. Nous ne chercherons pas à en éclaicir les raisons, que ce soit dû à l'absence de germes ou que les femmes, plus robustes, soient aussi « mithridatisées » depuis leurs premiers jours sur terre.

L'idéal serait donc ce que le Professeur Joannon ne désespère pas de voir un jour : à savoir que chaque femme enceinte eût, mis gratuitement à sa disposition, *au moins un mois à l'avance*, un panier, complété d'ailleurs par le matériel nécessaire aux enfants du premier âge : biberons, appareils de Sohxlet, etc..., bassin pour la mère. En attendant ce jour-là, partout où il n'existerait pas de maternité, chaque pharmacien rural devrait être obligé d'équiper et d'entretenir un certain nombre de paniers, qu'au besoin les municipalités où les œuvres loueraient quand il faudrait les prêter à des indigents.

L'intérêt des médecins est de trouver tout préparé, quand ils arrivent à la hâte dans une maison ; il n'est pas besoin d'insister sur les avantages inappréciables que ces paniers apportent à tout acte obstétrical ; il suffit de s'en être servi une fois pour en devenir un partisan convaincu. Quant aux objections qu'on oppose à leur emploi, elles ne pèsent guère et sont d'ailleurs aisément surmontables ; la principale : le défaut de désinfection du panier et de son contenu est très facile à éviter. Il suffit d'un peu de surveillance, et même n'aurait-on pas une asepsie « chirurgicale », du moins serait-ce mieux que ce qui existe dans la généralité des cas.

Enfin, dernier avantage du panier, et non des moindres, le libre choix de la parturiente est pleinement sauvegardé. Par conséquent, nous conclurons ce chapitre en reconnaissant qu'il faut multiplier les maternités, mais provisoirement et en les maintenant *petites*, jusqu'à ce que soient assimilées les notions d'hygiène que, dès l'école, instituteurs, assistantes sociales, pharmaciens (à qui il faudrait réapprendre qu'ils ne sont pas que des commerçants), médecins, infirmières... s'efforceront de répandre par tous les moyens. Lorsque celles-ci seront complètement assimilées, on répandra l'accouchement à domicile, la femme étant suppléée chez elle par une assistante-ménagère, en réservant les maternités pour les cas de dystocie ou de préférence de la femme.

CHAPITRE V

LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE APRES L'ACCOUCHEMENT

L'acte physiologique de l'accouchement étant terminé, on entre dans une des périodes les plus dangereuses, autant pour la mère que pour l'enfant. Jusqu'alors les risques étaient moindres, parce que l'enfant était à l'abri de la plupart des périls ; désormais, il est exposé aux coups du destin sous toutes ses formes, qu'ils proviennent de l'ignorance de la mère ou de l'excès de bonne volonté des voisines. C'est le péril infectieux qui le menace, moins pourtant qu'à la ville ; et surtout c'est le *péril alimentaire* qui le tuera. La mère elle-même court des risques, les mêmes qu'auparavant, mais plus sérieux maintenant, car elle porte une plaie utérine ; elle est affaiblie par l'allaitement; elle travaille autant et plus qu'avant son accouchement, *sans aucun repos ;* elle se lève la nuit pour donner le sein ; ses lessives sont accrues de tous les langes. Malgré tout, l'enfant doit désormais passer avant sa mère et je me débarrasserai tout de suite de ce qui la concerne. Cette femme, naturellement robuste et habituée aux efforts, a vu ses forces musculaires augmenter peu à peu pendant les neuf mois qui viennent de s'écouler, si bien que l'accouchement en lui-même n'aura laissé aucune trace ; ce sont ses suites qui sont à craindre. Pourtant, il est un fait étonnant, c'est que même si l'asepsie a en général laissé à désirer, on a constaté que les infections du post-partum sont rares à la campagne. Ces femmes ne meurent pas d'infection, du moins pas directement, *elles meurent de surmenage* (Professeur Agrégé Deparis). C'est toujours le même problème fondamental du surmenage à la campagne qui reparaît. Et comment lutter contre ce fléau, cette maladie, si on appelle « maladie » ce qui n'est pas normal ? Cette pauvre femme, chargée

d'un fardeau qui n'est plus en elle, mais qui pèse de toutes ses exigences nouvelles, se voit obligée de vaquer aux affaires de son ménage. Ce n'est pas dans tous les foyers que vit encore une aïeule qui pourrait aider ; si elle existe, bien souvent elle est impotente et à charge, ou alors elle doit travailler au dehors afin d'assurer son pain quotidien, et il faut que la mère, surtout s'il y a d'autres enfants, abatte un minimum de besogne, et quel minimum ! Il n'y a que les gens qui ne connaissent la campagne qu'en allant à l'hôtel, pour croire qu'on s'y ennuie. Bien des paysannes voudraient avoir le temps de s'ennuyer et ce n'est pas le plus petit des problèmes que pose la protection maternelle et infantile que d'assurer quelques loisirs aux mères ; tous les moyens seront bons pour le résoudre : assistantes-ménagères, allocations qui permettraient, par exemple, de louer momentanément les services d'une bonne ou d'un valet ; électrification poussée, etc., voire même partout où la chose serait possible : installation du gaz. Cela peut sembler difficile dans les fermes isolées, mais argent à part, il existe de très vastes possibilités de ce côté-là. Ainsi, une fermière qui aurait un réchaud à gaz et qui disposerait de deux à trois mètres cubes journaliers, pourrait consacrer ce gaz à l'entretien facile, rapide, commode, du nouveau-né, évitant les fatigues que représente un feu de bois. Or, une fosse de fermentation bien conçue permet d'obtenir aisément, sans diminuer la valeur du fumier, un mètre cube de méthane par jour et par tonne pendant trois mois, ce qui équivaut à une quantité double de gaz de ville. Là où une telle installation est impossible, on aura recours au butane en bouteilles.

Ce serait un jeu de multiplier les exemples semblables. Celui-là suffira je pense, à illustrer les possibilités qu'il y a de réduire *intelligemment* (il ne suffit pas, en effet, d'imposer un congé) le travail et, du même coup, le surmenage à toutes les périodes de la vie de la femme, et plus particulièrement pendant celle qui nous occupe en ce moment. Car, si en temps normal la campagnarde se défend contre les effets nocifs d'un labeur exagéré, il ne faut pas oublier que l'accouchement l'a laissée en état de moindre résistance, qu'aggrave l'allaitement. Il y a donc intérêt, obligation même, d'obtenir que la paysanne, comme sa sœur ouvrière des villes, se repose. Cela ne suffit pas encore, il faut que le repos soit réel, profitable, donc surveillé et guidé. Réel !

cela entend qu'on aura supprimé les causes et les tentations de travailler ; c'est ici que la maternité, la maison d'accouchement, si on a pu décider la femme à y entrer, joueront un rôle incomparable en supprimant le milieu habituel, en forçant la paysanne à prendre de véritables vacances, les seules qu'elle connaîtra bien souvent. De plus, voilà la mère sous une surveillance médicale continuelle, surtout avantageuse pour son poupon. Même là, cependant, le repos sera insuffisant, n'excédant pas la quinzaine que la femme passera au lit ; la seule vraie solution, nous le constatons encore une fois, reste l'assistante-ménagère, qui remplacera l'absente et la secondera à son retour.

L'enfant, à la campagne tout comme à la ville, court de gros risques, tant infectieux qu'alimentaires. Cependant, en milieu rural, pour étrange que cela puisse paraître, eu égard aux tas de fumier qui encombrent la plupart des fermes, c'est le péril alimentaire qui domine, au contraire de ce qui se produit dans les villes. Nous étudierons donc d'abord les infections, pour nous étendre ensuite plus longuement sur le second de ces périls. Il est inutile de nous attarder aux dangers des pouponnières et des crèches, celles-ci sont rares à la campagne parce qu'elles n'y peuvent rendre de véritables services, à cause des distances considérables qu'il y faut parcourir. On ne se représente pas une mère quittant tôt son village pour porter son enfant à la crèche de la bourgade la plus proche, avant d'aller travailler aux champs, retournant ensuite le chercher le soir ; et une crèche, pour justifier son existence, doit compter sur un minimum de poupons, il faut en conséquence qu'elle soit située dans un village déjà assez important.

Donc, à la campagne, le péril infectieux est tout entier concentré au domicile, car le milieu rural est, ou plutôt devrait être, sain. Malheureusement, l'homme a créé des causes d'insalubrité criantes et multiples, au milieu desquelles il vit quotidiennement. C'est son logement qui est souvent un véritable taudis, pire que celui des villes, où sa femme, ses enfants, passent non seulement la nuit, mais une partie de la journée. Or, d'une étude faite en 1942, il apparaît que dans certains villages d'Eure-et-Loir, pour ne parler que de ce département, 40 % des maisons ont été déclarées insalubres, ce qui laisse penser ou que les inspecteurs ont suivi un barème très sévère pour juger de la salubrité, ou, plus certainement encore, que les 60 % qui restent n'offrent qu'une garantie toute relative...

40 % ! on peut d'emblée affirmer que la moitié des enfants qui naissent dans ces villages sont soumis depuis leurs premiers instants à tous les risques d'infection que représentent les taudis. Dès le début de la lutte pour la vie, une moitié des enfants, à santé égale, se voit lourdement défavorisée par rapport à l'autre. N'est-il pas apparent dès lors que tous les efforts devront tendre à supprimer le taudis ? Lutter contre le taudis, cela veut dire lutter contre les mauvaises conditions économiques, contre les fléaux comme l'alcoolisme qui engendre le paupérisme. C'est donner à des êtres humains, qui probablement la désireraient, *s'ils savaient qu'elle existe,* le pouvoir de mener une vie simple et saine, dure mais agréable... C'est supprimer en pratique presque tout le péril infectieux qui menace constamment chaque nouvelle vie. Cela *doit* être facile, il suffit de vouloir et d'agir en conséquence, car à la campagne les foyers d'infection sont vite reconnus et aisément, voire naturellement, circonscrits.

Le taudis, en effet, c'est cinq, huit, dix personnes entassées dans une pièce ; c'est le nourrisson exposé au contact de vieillards catarrheux, pour employer un euphémisme ; couché « au chaud » dans la cheminée afin que son berceau n'encombre pas trop, et la nuit souvent transporté dans une chambre glacée ; ce sont les mouches qui quittent le vieux parkinsonien baveux pour se reposer sur le vase de nuit et, de là, voler sur le visage du poupon, heureux encore si elles ne se noient pas dans le lait qu'on lui réserve ; ce sont les baisers multiples des amis, parents, les innombrables gouttelettes de Flügge, aspect moderne des miasmes de jadis. C'est l'enfant mal lavé, enveloppé de langes sales, parce qu'on n'en a pas d'autres, cependant que la défense cutanée aux infections n'existe pas encore : « ... La peau du nourrisson, disent Weill et Gardère, est une plaie prête à s'infecter... », elle est fissurée, la couche cornée du derme est incomplète et les plis de flexion, surtout, macèrent dans les sécrétions abondantes.

Peut-on s'étonner, alors, de rencontrer tant d'enfants au nez suintant de sanie, couverts de croûtes impétigineuses, aux fesses irritées, exposés à la pyodermite ou aux infections ombilicales. Plus d'un, évidemment, parvient quand même à grandir, mais est-ce une raison pour oublier ceux qui restent, j'allais dire sur le champ de bataille, et c'est pourtant bien de cela qu'il s'agit, hélas. Le nouveau-né doit lutter contre les conditions

de vie que lui imposent non pas tant le monde que ses *protecteurs naturels.*

L'infection, nous l'avons vu, pouvait être transmise par la tétine ; elle peut l'être aussi par le lait (mélitococcie, tuberculose bovine, toxines multiples...) et nous met en relief le point suivant : à savoir qu'il est particulièrement difficile, parfois, de séparer le péril infectieux du péril alimentaire. Néanmoins, il existe toute une série de maladies où l'alimentation ne joue aucun rôle. C'est le cas, notamment, de la rougeole. On sait les ravages qu'elle cause chez les tout-petits. Heureusement, à la campagne, elle reste beaucoup moins à craindre qu'à la ville ; la propagation y est limitée. C'est le cas aussi de la diphtérie, de la scarlatine... Par contre, et cela paraît actuellement difficile à expliquer, la grippe exerce des ravages bien plus importants chez les ruraux, tandis que le vrai fléau des campagnes est la coqueluche. Cette dernière affection, nous disent MM. Debré, Joannon et Mme Crémieu, est responsable du quart des décès par infection spécifique à la campagne, et l'on se sent tristement désarmé devant une épidémie aussi facilement contagieuse que celle-là. Ce n'est pas qu'en France que la coqueluche prédomine. Voici, à titre d'indication, l'ordre d'importance des maladies d'après le nombre de cas observés dans les campagnes des Etats-Unis en 1942. Vient d'abord la varicelle, suivie de la coqueluche, les oreillons, la scarlatine, la diphtérie, les « maux de gorge » (septic sore throat), la malaria, la dysenterie bacillaire, les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes, la tularémie, la variole (Dr. Fred. D. Mott in *Journal of the American Medical Association,* 8-6-46). Je m'étonne seulement de n'y voir nulle part la rougeole.

Pour ce qui est de la tuberculose, nous sommes moins désarmés, heureusement, parce qu'aujourd'hui ce mal sévit plus chez les ruraux que dans les villes. Si, pendant la grossesse, cette affection ne présentait de dangers que pour la mère et son entourage, maintenant c'est le nouveau-né qui est le plus exposé, soit par contact avec des bacillaires, soit par le lait, bien qu'il apparaisse que les tuberculoses graves du nourrisson soient dues surtout aux germes humains et non bovins. Mais ici plus qu'ailleurs, il est impossible en pratique d'obtenir un isolement rigoureux, et la pratique de la vaccination au moyen du B. C. G. — à employer systématiquement quand même — ne

laissera pas de conduire à un certain nombre d'échecs. Lentement pourtant la sélection naturelle des plus sains jouera et on arrivera à l'élimination aussi totale qu'en ville de la bacillose rurale. Déjà, les risques de contamination familiale ne sont plus ce qu'ils étaient jadis ; par contre, les contages par étrangers ont augmenté proportionnellement à l'accroissement des facilités de locomotion de village à village, de ville à campagne ; et on ne peut négliger le rôle des estivants, de tous les inconnus qui, périodiquement, envahissent les campagnes. Dans bien des cas, on devrait interdire les séjours à toute personne (même parente) étrangère au foyer où vit un nourrisson. Là comme ailleurs il s'agit de cas d'espèces, et il faut savoir tenir compte de l'appoint pécuniaire que représente la prise de pensionnaires.

Etudions maintenant le *péril alimentaire,* le grave problème qui domine toute la protection de l'enfance rurale. On s'imagine volontiers que l'enfant des campagnes jouit d'un lait exceptionnellement bon. La réalité est bien autre, et une anecdote suffit pour le montrer : elle se passe dans un pays progressiste, « avancé » dans les choses de l'hygiène : — Un fermier profitant de ce qu'un éminent professeur de pédiatrie était venu chasser chez lui, obtint une consultation pour son dernier né. Le poupon était visiblement malade, mais le médecin, ne pouvant fixer un diagnostic, demanda à tout hasard qu'on lui montrât le lait destiné au prochain biberon. Il y avait du fumier dedans. Le fermier parut étonné que le pédiâtre attribuât à cela les troubles variés dont souffrait l'enfant ; car, dit-il, du fumier, « ça n'est pas sale ». Et ceci se passait dans un pays anglo-saxon où chacun est fier de ses connaissances en matière d'hygiène. Alors, il vaut peut-être mieux ne pas trop chercher ce qui se passe chez nous.

Je n'insisterai pas plus sur la « qualité », si on peut dire, du lait qu'on donne ; celui-ci est tellement mauvais que, dans à peu près tous les coins de France, les médecins préfèrent l'emploi d'un lait étranger, conservé, mais garanti, chaque fois que la mère ne peut allaiter.

Il est intéressant pourtant de voir que, même à la campagne, l'allaitement artificiel ou mixte peut parfaitement réussir quand il est bien dirigé. Le docteur Carlotti, qui dirige une consultation de nourrissons à Auneau, près de Chartres, et qui emploie ces

deux modes d'alimentation, n'a eu en 1947 *aucun* décès à déplorer. Ce n'est pas, pourtant, une raison suffisante pour délaisser l'allaitement au sein.

Mais qu'on utilise un lait naturel ou un produit industriel, on n'est pas à l'abri d'autres erreurs. Les femmes ne savent pas le couper correctement, ou bien, comme en Bretagne, y ajoutent de l'alcool « pour nourrir l'enfant ». On ne sait pas, on ne se doute même pas, puisqu'on les a lavés, qu'il faut stériliser tétines, biberons et *casseroles*. On fait peut-être bouillir la tétine, mais des doigts sales ou une cuiller quelconque iront ensuite la repêcher dans l'eau où elle flotte... et si elle tombe par terre, tant pis ; on n'a pas le temps, croit-on, de la nettoyer à nouveau. Beaucoup de mères n'ont pas la moindre notion de la façon correcte de donner le biberon ; l'enfant avale autant d'air que de lait ; certaines même ignorent son existence et emploient une quelconque cafetière, sur le mode des bouteilles à bec qu'employaient les Romains de jadis. Et pourtant, l'enfant survit jusqu'à l'époque du sevrage. C'est alors l'occasion de fautes nouvelles et multiples ; soit qu'on prolonge le régime lacté exclusif, jusqu'à un an ou plus, soit qu'au contraire on le supprime trop tôt, et l'on voit des mères fières de ce que leur enfant de quelques mois mange et boit déjà « comme une grande personne». Et je ne parlerai pas de la pure fantaisie qui, dès les premiers jours, règle l'horaire et l'abondance des repas...

C'est afin d'éviter autant que possible ce grave péril alimentaire auquel l'enfance paie un si lourd tribut, qu'on a créé les consultations post-natales et des nourrissons, dont le but est de répandre la pratique de l'allaitement maternel et de surveiller les poupons. En 1936, il y en avait 1.800 en France. Dans le département du Rhône, il y en a plus de trois par canton et, en fin de 1947, malgré les destructions subies, on en comptait soixante-dix dans la Somme. Dans les Pyrénées, sauf pendant les mois d'hiver, 97 % des enfants seraient suivis ainsi.

Il faudrait, si l'on en croit MM. Rochaix et Tapernoux, créer une consultation dans tout centre où l'on peut compter sur la présence de dix à quinze nourrissons. Plus loin, nous envisagerons les inconvénients et les avantages qu'il y aurait à cela, mais en attendant la création de consultations qui manquent, voyons ce qu'on a fait jusqu'à ce jour.

Les équipes volantes, parcourant un secteur déterminé et qui

sont un des buts de la Sécurité Sociale, ne sont pas acceptables comme forme de la prévention et ne satisfont en fait personne. Leur action est trop superficielle, et en réalité inexistante ; comparable à celle des camions radiologiques, qui font croire aux gens qu'ils ont été examinés et finalement les trompent sur leur santé. De plus, les ruraux acceptent mal l'action d'un médecin qui ne les soigne pas et se contente de les examiner.

On pourrait donc supprimer le personnel médical attaché à ces camions, qui dès lors seraient mis à la disposition des praticiens de la localité. C'est ce qu'on a tenté de faire en Maine-et-Loire, je crois; mais les résultats ne furent pas encourageants, surtout du fait du prix de revient élevé d'une telle organisation, de la dépense d'essence, et de l'impossibilité pour les camions d'aller partout. A cause de l'argent et du temps perdus, il ne peut pas s'arrêter pour un seul enfant. Et même s'il y en a plusieurs, il est difficile de prévenir tout le monde de son passage. Enfin, il faut malgré tout un local pour servir de salle d'attente. On ne voit pas non plus un camion semblable allant de chalet en chalet, l'hiver, en montagne.

Faut-il en revenir au système actuel de consultations groupées dans un centre ? Les résultats sont probants : le système entraîne une amélioration notable, et la thèse de Mathis le souligne nettement ; mais reconnaissons qu'on n'a pas l'idéal dans une consultation. Voyons d'un peu près ce qu'elles peuvent être : d'abord, une fois par mois, il faut que la femme et l'enfant se rendent au centre social, et on peut d'ores et déjà affirmer que, comme par un fait exprès, elle devra y retourner le lendemain pour toucher ses prestations, par exemple.

Voilà déjà donc un déplacement imposé régulièrement et qui soulève les mêmes objections que celles que nous avons vues à propos des consultations prénatales. De plus, il est inhumain et contraire aux buts que se propose d'atteindre la Sécurité Sociale d'imposer cela pendant les mois froids et pluvieux de l'hiver. On n'a pas le droit, sous prétexte de surveiller sa santé, de faire courir à l'enfant les risques graves d'une broncho-pneumonie. Voici donc un premier point acquis : les *visites à domicile* sont indispensables et devraient être plus fréquentes que mensuelles. Ces visites ont l'inestimable avantage de permettre au médecin d'examiner le nourrisson dans le milieu où il vit.

Et puis, il faut toute une armée d'assisantes-sociales diverses pour dépister les réfractaires et les convaincre de l'obligation d'aller aux examens. (Nous noterons que la prospection systématique, partout où elle est bien conçue, et nous pensons surtout aux départements de l'Aisne et de la Somme, a donné des résultats remarquables.) Il faut des infirmières-visiteuses pour vérifier que les prescriptions médicales ont été comprises et suivies, etc., etc...

Tout cela est très bien, et fonctionne, bien ou mal, comme cela peut, suivant les endroits. Mais, à la consultation même, au Centre, que se passe-t-il ? D'abord, bien des médecins s'en désintéressent parce qu'ils n'y trouvent qu'un matériel technique insuffisant, et la plupart des nourrissons paraissant sains, ils passent les heures qu'ils consacrent, souvent bénévolement, au Centre, à faire des pesées en série. On comprend qu'ils se débarrassent rapidement de leur consultation pour aller chez de vrais malades... De plus les enfants — sains — sont souvent menés là par leur mère uniquement afin de les exhiber : « Voyez, docteur, comme il est beau... », et la honte que certaines mères miséreuses peuvent éprouver en regardant leurs enfants pauvrement vêtus, sans voiture luxueuse, et difformes, est très logique, et explique la répugnance à venir aux consultations dans bien des cas.

Enfin, « les consultations collectives, avec l'augmentation du nombre des nouveau-nés, deviennent de véritables *centres de contagion ;* on conçoit donc que les familles puissent préférer l'examen *singulier* du médecin traitant de leur choix ». (M. Rouèche, in « *Presse Médicale* »).

Ceci nous ramène à ce que proposent MM. Rochaix et Tapernoux, une consultation pour dix ou quinze nourrissons. Mais alors pourquoi ne pas, tout simplement, comme pour les consultations prénatales, en revenir au médecin de la localité ?... On éviterait les frais qu'implique l'entretien d'un nombre imposant de médecins-inspecteurs. Il serait très facile de calquer une organisation sur celle que M. Lacomme propose pour la surveillance des femmes enceintes. Ce pourrait même n'en être qu'une extension, qui dès lors prendrait en charge l'enfant et pourrait, au besoin, pousser la surveillance jusqu'à l'âge scolaire, avec un minimum de frais et de personnel. L'assistante sociale et l'infirmière-visiteuse n'auraient qu'un rôle de prospec-

tion et de surveillance des conditions économiques et hygiéniques, enseignant la puériculture pratique, en apprenant à la mère à se tirer d'affaire avec ce qu'elle possède ; veillant aussi à ce que les différentes allocations ne soient pas déviées de leur destination.

On objectera que le médecin est un omnipraticien et que ses connaissances en pédiatrie ne sont pas celles d'un spécialiste. Voilà lâché un bien grand mot qui est à la mode mais qui, en pratique, est vide de sens parce que détourné de sa signification réelle par un abus d'usage. Le spécialiste est en réalité le médecin des cas spéciaux. Ceux-ci sont rares, et il y a quatre-vingt-dix chances sur cent que l'omnipraticien suffise. Il ne lui serait d'ailleurs pas interdit, le cas échéant, de faire appel au « spécialiste », car les Centres que nous avons proposés seraient groupés sous la surveillance de pédiâtres qualifiés, comme les maisons d'accouchement seraient surveillées par les accoucheurs qualifiés. A condition d'empêcher ces médecins de sombrer dans le fonctionnarisme, il s'en suivrait une amélioration des qualités professionnelles des praticiens, qui seraient sujets au jugement d'hommes plus compétents, *condition sine qua non*, qu'eux...

On remarquera que nulle part je n'ai parlé des « gouttes de lait », biberonneries industrielles, crèches, pouponnières, etc... C'est que ces institutions ne sont pas à leur place dans le milieu rural où une hygiène bien comprise doit les rendre inutiles. De plus, elles ne peuvent fonctionner que dans des régions où la densité de la population est suffisante, en pratique les villes et bourgades d'une certaine importance, dont l'étude sort du cadre de cet ouvrage...

CHAPITRE VI

ETUDE SYNTHETIQUE

Dans les pages qui précèdent, j'ai passé en revue les conditions dans lesquelles devait s'exercer la Protection maternelle et infantile en ses diverses étapes. Ces conditions, je l'ai montré, sont les unes permanentes comme le surmenage, la malpropreté ; les autres, au contraire, épisodiques, tel le péril alimentaire. Si on tente, par conséquent, de faire une synthèse des éléments variés qui constituent cette protection en milieu rural, afin d'en déduire des solutions logiques, il faudra tenir compte de ces différences et envisager deux groupes de remèdes. On sera ainsi amené à définir des mesures permanentes d'ordre général qui seront complétées en temps opportun par d'autres, spéciales, précises, visant un but particulier et bien délimité, appliquées aussi dans le cadre de l'action d'ensemble. Pour donner une tournure plus concrète à ma pensée, je vais dire qu'il serait illogique, dangereux, coûteux et sans résultat, de dépister, par exemple, très soigneusement la syphilis ou la tuberculose, si ensuite on ne soumettait pas les sujets atteints à un traitement spécifique ; si soignant bien, en théorie, mère et enfant, on négligeait de donner à la première une éducation qui permît au traitement d'être efficace ; car, si la mère ignore la façon correcte de stériliser le lait, l'enfant syphilitique mourra quand même, malgré toutes les séries de mercure ou d'arsenic qu'on lui imposera.

Il est donc impossible, sur le champ de bataille qu'est la réalité, de se contenter de spéculations théoriques ; on ne peut, dans la pratique, dissocier la Protection Maternelle et Infantile. On peut disséquer un cœur et un estomac; pour que l'homme vive, il faut que les deux soient réunis dans de certaines conditions.

Il s'en suit naturellement que la protection maternelle et infantile à la campagne ne peut donner de résultats positifs que si elle est dirigée par un cerveau qui sera le Centre Social Rural, polyvalant, et situé au mieux dans une grosse bourgade. Dans la préfecture, il serait trop éloigné de ceux qu'il a charge de protéger ; dans le village, la population est trop peu nombreuse pour qu'il soit viable ; mais cela n'exclut nullement qu'à ces deux échelons il doive exister des centres identiques quant à la forme, sinon à l'importance ; simplement, ils seront hiérarchisés, mais le vrai, le seul « dirigeant » sera celui de la bourgade, ni trop grand, ni trop petit.

A la tête de ce Centre Social sera placée une Assistante Sociale-Chef, dont le seul travail sera d'assurer le bon fonctionnement de l'ensemble du Centre et de ses dépendances. Elle s'occuperait de la partie administrative et de la gestion, se déchargeant de tout le reste sur ses aides et les équipes spécialisées. Elle serait guidée et conseillée par un comité de direction, recruté aussi largement que possible, de façon à grouper médecins, vétérinaires, assistantes sociales, infirmières-visiteuses, maires, voire pharmaciens et ingénieurs du Génie Rural, bref tout un ensemble de personnes qui, habitant dans la circonscription, connaissant bien à la fois les besoins et les ressources de leur localité, sont placés au mieux pour résoudre les multiples problèmes dont la solution changera d'aspect, souvent de village à village.

La partie administrative de ce Centre pourrait être assez réduite et assurée par une équipe modeste de secrétaires qui auraient la responsabilité des différents fichiers, du remboursement des prestations, etc... et veilleraient aussi, en convoquant les femmes, à réunir toutes les démarches qu'on pourrait leur demander, ceci afin d'éviter de multiples déplacements, source de mécontentement, de perte de temps, de fatigue. Ces secrétaires, dès l'annonce de la grossesse, prendraient en charge mère et enfant de la façon que nous avons vue dans les pages précédentes ; la conseillant par des lettres et brochures simples et amicales, envoyées périodiquement, et surveillant au moyen du fichier la régularité des examens, ainsi que les changements possibles de médecins.

Au Centre seront attachées un certain nombre d'assistantes sociales, et automatiquement l'une d'elles sera dépêchée pour

voir sur place la femme, le plus tôt possible. La visite à domicile est essentielle ; on ne peut pas s'en priver, et la faillite des centres de consultation vient en grande partie de ce qu'ils tentent de s'en passer, faisant de la future mère un simple sujet d'examen superficiel, alors que le but de ces visites est de se rendre compte sur place, *de visu*, des conditions d'existence de la femme, de juger par conséquent du degré d'aide qui lui est nécessaire et d'y pourvoir.

C'est Rohmer qui semble avoir eu le premier, en 1920, conscience de cette nécessité, que Marfan, Lereboullet, Cassoute et bien d'autres ont affirmé depuis. La mère n'apprend réellement que lorsqu'un problème se pose pour elle-même, et c'est à ce moment-là que doit intervenir la visiteuse qui vient chez elle et fait toutes les démonstrations pratiques voulues.

D'après Mathis, cette conception est appliquée en grand en Alsace où 90 % des nourrissons sont surveillés à domicile dans les villes, et l'expérience s'étend aux campagnes.

Mais le rôle de l'assistante sociale ne se borne pas à cela. Elle devra aussi prévoir, et au cours de ses tournées, elle devra faire de la prospection chez les voisins par exemple, par des visites d'amitié, découvrir les réfractaires et les besoins que le terrien ne songe pas à reconnaître comme tels, souvent. Elles devront aller vers les paysans afin de leur expliquer le but et le sens des initiatives présentes ou à venir...

Pendant les derniers temps de la grossesse, ou avant si la santé de la femme l'exige, l'assistante sociale sera remplacée par une infirmière-visiteuse, plus spécialisée, qui pourra veiller mieux à ce que les prescriptions médicales soient bien suivies et au besoin exécuter elle-même les piqûres et autres soins prescrits. Enfin, un mois au moins avant le terme, la femme avertira le Centre qu'elle entend accoucher en maternité, ou au contraire qu'elle préfère rester chez elle. Dans ce cas, elle recevra immédiatement un panier complet auquel sera joint une brochure où seront détaillés les derniers préparatifs, et les mesures d'urgence à prendre en attendant la venue du médecin ; de sorte qu'à son arrivée celui-ci (ou la sage-femme) trouve tout prêt, et les aides éventuels, suffisamment instruits sur ce qu'ils auront à faire. Vers la même époque, si les rapports de l'assistante sociale et du médecin en montrent la nécessité, on détachera du centre une *assistante-ménagère* qui prendra pension pendant

le temps voulu chez la femme, ou le plus près possible, étant entendu que cette assistante serait rémunérée par le centre et non à la charge de la mère. Or, j'affirme que des trois : assistante-sociale, infirmière-visiteuse ou assistante-ménagère, c'est cette dernière qui aura le rôle le plus ingrat, mais aussi le plus important, car c'est par elle qu'on supprimera enfin le *surmenage* si nocif. Elle suppléera la femme enceinte dans tous ses travaux de ménage (et pour cela il est à peu près indispensable de les choisir saines, robustes, et de préférences filles des campagnes, déjà au courant du labeur des fermes) ; elle aura un rôle éducatif énorme, de bien plus grande portée que les leçons brèves et vite oubliées que donnent les assistantes-sociales lors de leurs visites à domicile ; puisque la « maîtresse d'école » vivra la vie de cette famille, dont elle finira par partager les soucis et les joies... Enfin, elle pourra aider lors de l'accouchement, s'occupant du nouveau-né ; au besoin peut-être donner une bouffée d'anesthésique si le médecin le désire ainsi.

Mais déjà, j'entrevois une objection lourde, qui suffira probablement à ruiner un tel projet. Où et comment recruter les âmes d'élite qu'il faut pour tenir une telle responsabilité ? Je vais être franc. Actuellement, je ne vois que les seules Sœurs de Charité qui soient capables de se charger d'une pareille besogne. A nous de créer d'autres vocations, d'autres dévouements, et surtout de donner à ceux qui existent la possibilité de se manifester.

Du côté médical, le Centre s'attacherait, suivant son importance, un ou deux médecins spécialisés en accouchements ou en pédiâtrie, offrant toutes garanties du point de vue professionnel et qui, par conséquent, devraient à tout prix être écartés du sort des médecins-fonctionnaires. Ce seraient donc de préférence des praticiens spécialisés faisant de la clientèle privée ou ayant un service hospitalier. Leur rôle serait de surveiller les maternités et les consultations de nourrissons ; de conseiller les praticiens qui pourraient faire appel à leur compétence de spécialistes ; d'intervenir enfin dans les cas difficiles, les césariennes, etc...

Mais là ne se bornera pas l'action du Centre Social Rural. Je ne dirai mot de son action purement sociale ; je ferai simplement remarquer en passant que les assistantes-ménagères pourraient aussi remplacer la femme incapable de travailler

pour cause de maladie par exemple. Et puis surtout, le fichier qui a permis la surveillance de la femme jusqu'au jour de son accouchement permet identiquement la surveillance post-natale et même pré-scolaire. Je ne reviendrai pas sur ses modalités ; nous les avons envisagées dans les chapitres précédents.

Mais il y a plus encore ; on pourra grouper dans les mêmes bâtiments des fiches de surveillance polyvalentes, rattachant ainsi à une même organisation *locale* — et non nationale — la lutte anti-vénérienne, la lutte anti-tuberculeuse et bien d'autres. Par une coordination intérieure bien comprise, on éviterait les doubles emplois, ainsi que la multiplicité des visites à un même domicile.

Enfin, le Centre pourra, s'il est assez important, user de propagande et devenir un centre éducatif, enseignant l'hygiène dans des cours ménagers ; organisant des tournées fréquentes où, pour les démonstrations, les infirmières prendraient des jeunes filles au hasard de l'assistance. Il faut parvenir à éveiller chez les ruraux la notion que l'hygiène existe et qu'elle peut rendre des services ; il faut ensuite surmonter les préjugés, l'inertie, l'indifférence qu'apportent des années de misère ; lutter contre la crainte de tout changement ; expliquer simplement les faits essentiels qui se rapportent directement ou indirectement à la santé ; décrire les conditions de vie déplorables dans lesquelles ils vivent et que les paysans n'aperçoivent plus par l'habitude qu'ils en ont ; leur montrer qu'on peut faire mieux et les inciter à réfléchir d'eux-mêmes là-dessus ; et enfin porter à leur connaissance, clairement, simplement, ce qui a été fait dans leur intérêt et comment ils peuvent s'en procurer les bénéfices. Mettant ce programme en pratique, presque sans mot dire, sous leurs yeux, l'assistante-ménagère doit, plus que tout autre personne, les conduire au but, sans même qu'ils s'en doutent.

Jusqu'ici je n'ai parlé que des centres, comme si rien ne devait exister au-dessus, et c'est intentionnellement, car *ces centres doivent posséder la plus large autonomie possible ;* c'est le seul moyen de donner à la Protection Maternelle et Infantile à la campagne assez de souplesse pour s'adapter parfaitement à chaque cas particulier. Il faut que les responsables de cette protection vivent avec ceux qu'ils ont à charge de sauvegarder.

Il n'en est pas moins vrai qu'il est nécessaire de créer une liaison entre ces différents centres afin d'unifier leur action.

Groupant plusieurs plus petits que lui, et conçu de la même façon qu'eux, le Centre situé à la préfecture étendrait la surveillance générale sur tout un département. Si celui-ci est trop étendu ou trop peuplé, il sera facile d'établir des « sous-centres » dans les sous-préfectures.

Les Centres départementaux seraient, eux aussi, groupés en régions que je ferai volontiers coïncider avec les provinces de l'ancienne France, car celles-ci seules correspondent à des entités géographiques précises, et différentes autant dans leur sol que dans leurs besoins. Enfin, coiffant le tout, il faudrait obtenir la création de quatre ou cinq instituts nationaux qui centraliseraient tous les renseignements obtenus par les petits centres et permettraient des recherches menant à des résultats positifs. Or, la possibilité de centraliser les données d'un problème n'existe nulle part en France, pas même, comme le faisait remarquer le Professeur Lacomme, dans les plus grands hôpitaux de Paris, où la dispersion des renseignements est totale. et M. Lacomme citait comme exemple l'impossibilité absolue qu'il y a de remonter exactement aux causes qui font qu'une femme saine met au monde cinq ou six morts-nés successifs. On parle de syphilis, puisqu'il faut bien donner une étiologie; la réalité est qu'on ignore et qu'on continuera d'ignorer longtemps encore.

CHAPITRE VII

ENTR'AIDE ET MORALE

« ... Les réformes sociales les plus importantes ne suffisent pas en elles-mêmes à amener la solution de la question sociale. Pour celle-ci, comme le dit le Souverain Pontife dans l'encyclique *Quadragesimo anno*, deux choses sont nécessaires : la restauration sociale et la réforme des mœurs. Et de ces deux réformes, la dernière est sans aucun doute la plus importante. Si par suite des mauvaises conditions économiques, la vie est dure pour beaucoup, ces duretés peuvent être supportées si les hommes sont bons et s'ils sont pénétrés des principes de la religion chrétienne. Par contre, l'ordre social le meilleur ne suffit pas à obtenir que les hommes remplissent leurs devoirs. La réforme des mœurs s'impose donc avant tout et on ne peut prétendre, pour la réaliser, attendre d'abord la restauration de l'ordre social. Ce serait pour le moins perdre un temps précieux...».

Ainsi s'exprimait le Chanoine Janssen au Congrès de la Natalité, à Bruxelles, en 1931, et je crois qu'aucun homme, athée ou croyant, s'il est raisonnable, ne peut s'élever contre ces affirmations, car de toute évidence il n'est pas possible de dissocier la trinité humaine pour en rejeter une partie, en l'espèce les mœurs ou l'esprit. Si vraiment on a le désir de réussir, on ne peut pas, on ne doit pas, tenter de lutter contre les montagnes que soulève une protection maternelle et infantile rationnelle, si pour cela on ne s'occupe que des conditions économiques et sanitaires, à l'exclusion de toute autre préoccupation. L'expérience, en effet, a prouvé qu'elles ne sont pas seules à être en cause et que le milieu moral a souvent autant, quand ce n'est pas plus, d'influence que les facteurs économiques. Ce n'est pas une raison pour négliger ceux-ci ; d'ailleurs, le voudrait-on, que tout de suite on se heurterait à une impossibilité ; les unes

et les autres sont trop intriquées pour qu'il soit honnête de tenter de les dissocier, et les interdépendances sont si nombreuses et variées qu'on ne sait au juste comment les séparer. Saint-Thomas déjà se rendait compte de cela puisqu'il a souligné qu'il est indispensable de jouir d'une part d'aisance pour posséder des vertus, et qu'un minimum de prospérité facilite grandement l'exercice de ces dernières.

Dans l'immédiat donc, la Protection maternelle et infantile doit suppléer à l'aisance qui fait défaut. De cette façon, on rendra à ceux qui ne l'ont plus, une foi en l'avenir et en eux-mêmes qui sera la véritable protection de demain. Les parents auront, en effet, plaisir et joie à élever des enfants nombreux et sains, qui ne seront plus une charge et la cause de railleries souvent, surtout dans les villes.

La Protecton maternelle et infantile, c'est donc tout ce qui tend à maintenir la solidarité et l'esprit de famille, car ce n'est que dans le cadre de celle-ci que se comprend une protection véritablement humaine de la mère et des enfants. Tout ce qui néglige la famille ravale l'humanité au rang d'un bétail quelconque. La rémunération du travail, surtout, doit être modelée sur la structure de la famille ; le salaire devrait être fixé en tenant compte des besoins familiaux et non en se basant sur le désir de jouissances individuelles, trop souvent artificielles.

Il faut à tout prix que la femme, à la campagne comme à la ville, puisse remplir son rôle naturel qui est d'entretenir le foyer, lequel, dans le cas contraire, n'est plus qu'une sorte de pension où on loge et où l'on mange... parfois. L'enfant y est une gêne, ce qui suffit alors pour qu'on le supprime avant sa naissance, voire avant sa conception. Et ce n'est pas un mince problème qu'on aborde ainsi ! La Protection Maternelle et Infantile doit s'occuper de la lutte contre l'avortement. L'enfant, dès sa conception, a droit à l'existence avec toutes ses potentialités, et une protection de l'enfance qui ignorerait sciemment la question ainsi soulevée serait incomplète. Or, la lutte contre l'avortement dépend avant toute chose d'un relèvement général de la moralité publique ; toutefois, comme celle de l'alcoolisme, son étude n'a pas sa place ici.

Il faut donc réformer les mœurs, et parmi ces réformes, la plus essentielle, la seule indispensable, est la revigorisation de l'amour pour le prochain, qui devrait nous emporter comme

pouvaient être emportés les premiers chrétiens. Rien de bon ne se fera sans amour ; mais encore faut-il définir ce qu'on entend par ce terme. Il ne doit pas s'agir d'un sentiment platonique, ou impersonnel, à la façon de « l'amour » qu'un employé de la Sécurité Sociale ressent pour le malheureux qui vient à son guichet ! Cet amour devra être vécu entièrement et jusque dans ses plus intimes détails ; il devra prévoir. Certes, un pareil sentiment universellement répandu est du domaine de l'utopie et seuls quelques saints ont pu, individuellement, y parvenir. Ce n'est pas une raison pour ne pas en faire notre but, puisque la voie a été tracée, et puisque par l'amour tout ce qui était problème disparaît.

Sans amour, il n'y a pas de protection véritable. La mère qui voit venir chez elle une assistante-sociale désabusée ou engourdie sentimentalement, « fonctionnarisée », pour employer un néologisme expressif, c'est-à-dire faisant son travail parce que payée pour cela, et non plus parce qu'elle brûle du feu du dévouement et de l'amour de son prochain, cette mère n'est pas véritablement protégée, comme le médecin qui accoucherait cette femme, honnêtement, savamment même, ne ferait pas son métier s'il n'aimait au fond la mère et l'être nouveau qu'il a contribué à mettre au monde.

Et si à ce chapitre où je m'efforce de mettre en relief la nécessité inéluctable d'une grande fraternité humaine, j'ai mis comme titre : « La Restauration morale », c'est que j'estime que, comme l'a expliqué le Professeur Joannon, dans un article paru il y a quelques années, et comme le pense de façon formelle le Docteur Carlotti, et bien d'autres, que tout est vain si l'on ne pense pas à son voisin. A ce propos, voici ce que dit le Professeur Joannon :

« ... La Science ne conduit pas à l'amour véritable. Elle peut aboutir, en toute logique, aux notions de coordination et d'association, mais alors même qu'elle échappe aux impudences de la complicité, cette solidarité raisonnée n'est pas l'amour ; elle n'en a pas l'élan, le caractère bénévole, disons le mot : la grandeur...

... Les souffrances actuelles d'un nombre considérable d'êtres humains résultent d'égoïsmes et de stupidité dont ils ont raison de se plaindre et de vouloir triompher. La Science les y aidera, au delà d'alleurs de ce qu'ils peuvent prévoir, en parti-

culier la science de la protection sociale telle que nous l'avons définie il y a quelques années sous le nom de *démophylaxie*. Mais l'absence d'amour, et *a fortiori*, son contraire, maintiendraient ou créeraient des obstacles que la Science ne pourrait surmonter. Bien plus, ce défaut compromettrait, altèrerait ou ruinerait les résultats de magnifiques découvertes... Malgré les raffinements de la Science, et souvent grâce à eux, l'homme demeurerait ou redeviendrait un barbare ; il serait partout un loup pour l'homme... ».

La Protection maternelle et infantile peut répondre aux nécessités de l'heure. Devant l'urgence d'un problème, on est, bon gré mal gré, contraint de s'en préoccuper, mais on le fait de mauvaise grâce. L'amour du prochain seul, en inspirant la volonté de sacrifice, donne le sourire ; l'amour seul permet la prévoyance. Or, la véritable protection maternelle et infantile comporte moins l'établissement de remèdes dans le présent que la solution anticipée des problèmes de l'avenir. Il est beau de faire la charité ; il est plus noble encore de faire en sorte qu'elle ne soit plus nécessaire. On me permettra de citer de nouveau quelques lignes du Professeur Joannon :

« ... Ils estiment, par exemple, que la formation civique devrait généralement amener le propriétaire d'un terrain à une générosité moins difficile que l'héroïsme du champ de bataille ; générosité consistant à ne pas construire avec, pour but unique, le rendement au mètre carré ; à aimer les occupants lointains de l'immeuble, ceux qui, sans être forcément les descendants du bâtisseur, vivront là dans un siècle ; à leur assurer d'avance les rations d'air, de lumière et de joie auxquelles ils auront droit... ».

Voilà la véritable Protection maternelle et infantile : aimer totalement, même si on ne les connaît point, ceux qui ont le plus besoin d'amour : l'épouse de l'homme et le petit de l'homme.

Enfin, il y a deux mille ans, une parole suffit à changer la face du monde :

« Aimez-vous les uns les autres ! »

Les hommes d'aujourd'hui auraient-ils le cœur plus dur que les païens de jadis ?

CONCLUSIONS

La Protection Maternelle et Infantile est un des problèmes dont la solution rapide est vitale pour le pays.

Un des aspects de ce problème a été particulièrement étudié, dans les villes et agglomérations importantes, et on est parvenu, dans ce milieu, à des résultats encourageants.

Par contre, dans les campagnes, ce qui a été fait l'a été de façon décousue, isolée. A peu près tout a été laissé entre les mains de personnes de bonne volonté, qui ne pouvaient agir de façon concertée, suivant un programme d'ensemble.

D'une série d'exposés faits au Centre Interprofessionnel d'Etudes Rurales, ainsi que d'un rapport du Docteur Carlotti à l'Ordre National des Médecins, il apparaît que les solutions suivantes seraient souhaitables :

a) Les consultations prénatales devraient être laissées entre les mains des praticiens. Les Centres se borneraient à un rôle de surveillance, vérifiant simplement l'application de la loi. Il doit y avoir *obligation d'examen* et non *obligation de lieu d'examen* (Dr Rouèche).

b) Il faut créer le plus rapidement possible (et ceci serait économiquement réalisable) de nombreuses maternités, petites, bien situées, bien surveillées, ouvertes à tous, médecins et sages-femmes, le libre choix est indispensable.

c) Dans chaque localité où, pour une raison quelconque, on ne pourrait créer, ou maintenir, une maternité, il faudrait multiplier les paniers d'accouchement, relativement peu onéreux et très pratiques.

d) Il faut à tout prix lutter contre la routine qui guette tant de sages-femmes et aussi quelques médecins. Parallèlement, il faut leur donner la possibilité d'exercer *complètement* leur art,

en créant, pas trop loin d'eux, des laboratoires et des services spécialisés qui prendraient la charge des cas difficiles.

e) Il y a intérêt à ne pas trop exiger la présence régulière des nourrissons aux consultations, surtout en hiver. D'ailleurs, d'après l'expérience de M. Carlotti, on a tout avantage à fragmenter au maximum ces consultations, qui peuvent être laissées à l'omnipraticien choisi par la mère. En Eure-et-Loir, où depuis 50 ans ces consultations sont faites dans les salles de mairie par le médecin de l'endroit, il n'y a eu à déplorer aucune dissémination d'épidémie.

f) En définitive, la Protection maternelle et infantile en milieu rural demande à être édifiée suivant un plan précis, mais qui ne doit pas être rigide, sous peine de faire faillite. Ce plan, tracé soigneusement, ne doit néanmoins servir que comme guide, laissant assez de liberté à ceux qui sont chargés de le mettre en pratique, pour qu'ils puissent en adapter les principes généraux aux exigences locales, aussi variées que la géographie du pays.

Vu :
Le Président de la Thèse,
P. JOANNON.

Vu :
Le Doyen,
Léon BINET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

1. Suzanne ANSELME. — « La mortalité en France depuis 1920 ».
2. APERT. — « L'hérédité morbide ».
3. Docteur CARLOTTI. — *a*) Renseignements fournis personnellement et notes prises au cours d'une conférence privée.
   — *b*) Rapports à l'Ordre National des Médecins 12-11-47.
4. Pierre CHARRON. — « Traité de la Sagesse ».
5. Compte rendus du Congrès de la Natalité. Bruxelles, 1931.
6. MM. DEBRÉ, JOANNON, Mme CRÊMIEU-ALCAN. — « La mortalité infantile et la mortinatalité ».
7. Professeur JOANNON. — *a*) Cours professé à la Faculté de Médecine de Paris en 1945.
   — *b*) Notes prises au cours d'une conférence privée.
   — *c*) Voir à « Debré ».
   — *d*) « Loi de Science, Loi d'Amour ». In *Annales d'Hygiène Publique,* 1939.
8. Professeur Agrégé LACOMME. — Notes prises au cours d'une conférence privée.
9. A. LAHILLE. — « Eugénisme et puériculture d'après les ecclésiastiques des XVI^e^ et XVII^e^ siècles ». In *Annales d'Hygiène Publique.*
10. MATHIS. — *Thèse de doctorat en médecine,* diplôme d'Etat. Strasbourg, 1940.
11. Dr. FRED D. MOTT.. — « A public health program for rural areas ». In *Journal of the American Medical Association,* 8 juin 1946.
12. Mlle POUGEOISE. — Notes prises au cours d'une conférence privée.
13. ROCHAIX et COURMONT. — « Traité d'hygiène ».
14. A. ROCHAIX, P. SÉDAILLAN, R. SOHIER. — Traité d'hygiène.
15. A. ROCHAIX et TAPERNOUX. — « Hygiène des milieux ruraux ».

16. Dr. Rouèche. — *a*) Notes prises au cours d'une conférence privée.

— *b*) « Protection maternelle et infantile », in supplément à la *Presse Médicale* du 8-11-46.

17. Howard Strong. — « Health Program for Small Communities ». In *Journal of the American Medical Association.*

18. Leland B. Tate. — « Health Education for American Farms ». In *Journal of the American Medical Association.*

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE. HISTORIQUE. 9

Chapitre I. — Introduction. 15

— II. — La protection maternelle et infantile avant la gestation. 19

— III. — La protection maternelle et infantile pendant la grossesse. 25

— IV. — La protection maternelle et infantile pendant l'accouchement. 35

— V. — La protection maternelle et infantile après l'accouchement. 48

— VI. — Etude synthétique. 53

— VII. — Entraide et morale 59

CONCLUSIONS. 63

BIBLIOGRAPHIE. 65

TABLE DES MATIÈRES. 67